

Mémoire de Master
présenté à la Faculté des lettres et des sciences humaines de
l'Université de Fribourg (CH)

Master of Science en Psychologie
Option : psychologie clinique et psychologie de la santé

Processus émotionnels-narratifs dans la thérapie brève avec le trouble de la personnalité borderline

Une étude de cas multiples processus-résultat

*sous la direction du
PD Dr. Ueli Kramer et de la Prof. Dr. Chantal Martin Soelch*

Alessio Simonini
Minusio (Tessin)

Mai 2023

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier PD Dr. Kramer pour avoir proposé un thème qui me correspondait parfaitement et qui m'a permis de pleinement apprécier la rédaction de ce mémoire, je le remercie également d'avoir supervisé mon travail et de m'avoir donné l'opportunité de participer à divers congrès de psychothérapie.

Je remercie Prof. Dr. Soelch, pour avoir accompagné l'ensemble de mon parcours universitaire, comme je remercie également tous les autres professeur-e-s de l'Unifr pour leur engagement dans la création et la présentation des cours dispensés, pour m'avoir rendu profondément passionné par la psychologie.

Je remercie ma famille, pour ses appels téléphoniques presque quotidiens de soutien dans ce parcours universitaire et pour avoir toujours valorisé mes réussites.

Je remercie mes ami-e-s et ma petite amie de m'avoir fait grandir dans ce parcours universitaire mais aussi de m'avoir donné la légèreté nécessaire durant ce chemin.

Résumé

Objectif : Les patient-e-s atteint-e-s du trouble de la personnalité borderline (TPB) présentent parfois des récits incohérents et fragmentés en psychothérapie. Il est donc très important d'analyser la façon dont ces patient-e-s racontent leur histoire en thérapie du point de vue des processus émotionnels-narratifs.

Méthode : 18 séances préenregistrées de 6 patient-e-s TPB (3 séances par patient-e, une au début, une au milieu et une à la fin de la thérapie) ont été codées avec un outil de codage des processus émotionnels-narratifs. Les 6 patient-e-s ont été divisé-e-s en deux groupes (groupe amélioré et groupe non amélioré) en utilisant les données recueillies avec un instrument d'auto-évaluation des symptômes mesurant le résultat final du/de la patient-e par rapport au début de la thérapie.

Résultats : Les résultats montrent une augmentation significative de la cohérence narrative et une tendance à l'augmentation de la flexibilité narrative dans le processus de traitement, à la fois pour le groupe amélioré et le groupe non amélioré. Ces changements, plus prononcés dans le groupe amélioré, relèvent des processus dynamiques et non linéaires.

Conclusion : La présente étude est un premier pas vers l'analyse des processus émotionnels-narratifs pendant les séances et tout au long de la thérapie qui peuvent être représentatifs des processus de changement dans une psychothérapie brève avec des patient-e-s TPB. D'autres recherches de ce type pourraient permettre de mieux comprendre le TPB et d'améliorer le traitement psychothérapeutique de ces patient-e-s.

Mots-clés : analyse de cas multiples, narration, émotion, trouble de la personnalité borderline, processus dynamiques, résultat

Abstract

Objective: Patients with borderline personality disorder (BPD) sometimes present incoherent and fragmented narratives in psychotherapy. It is therefore very important to analyse how these patients tell their stories in therapy from the point of view of emotional-narrative processes.

Method: 18 pre-recorded sessions of 6 patients BPD (3 sessions per patient, one at the beginning, one in the middle and one at the end of the therapy) were coded with an emotional-narrative process coding tool. The 6 patients were divided into two groups (improved group and non-improved group) using data collected with a self-report symptom instrument measuring the patient's outcome compared to the beginning of therapy.

Results: The results show a significant increase in narrative coherence and a trend towards increased narrative flexibility in the treatment process for both the improved and non-improved groups. These changes, which were more pronounced in the improved group, conceal dynamic and non-linear processes.

Conclusion: The present study is a first step towards the analysis of emotional-narrative processes during the sessions and throughout the therapy that may be representative of change processes in brief psychotherapy with BPD patients. Further research of this type could lead to a better understanding of the BPD and how to develop psychotherapeutic treatment with these patients.

Keywords: multiple case analysis, narrative, emotion, borderline personality disorder, dynamic processes, outcome

Table des matières

1	Introduction.....	7
2	Contexte théorique et empirique.....	9
2.1	La narration en psychothérapie.....	9
2.2	L'importance des processus émotionnels-narratifs dans le trouble de la personnalité borderline.....	14
2.3	Les processus émotionnels-narratifs en psychothérapie.....	16
2.3.1	Cohérence narrative à travers les sessions de traitement (session par session)	16
2.3.2	Flexibilité narrative à travers les sessions de traitement (session par session)	17
2.3.3	Modèles dynamiques à l'intérieur des sessions (moment par moment).....	19
2.4	Questions de recherche et hypothèses.....	21
3	Méthode.....	24
3.1	Échantillon.....	24
3.1.1	Patient-e-s.....	24
3.1.2	Sélection de l'échantillon.....	25
3.2	Procédure.....	26
3.2.1	Traitement.....	26
3.2.2	Thérapeutes.....	27
3.3	Mesures.....	28
3.3.1	Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2).....	28
3.3.2	Narrative Emotion Process Coding System 2.0 (NEPCS 2.0).....	28
3.3.3	Codeurs du NEPCS 2.0 et procédure de codage.....	29
3.3.4	Accord inter-juges.....	29
4	Résultats.....	30
4.1	Analyses descriptives et quantitatives de la cohérence narrative.....	30
4.2	Analyses descriptives et quantitatives de la flexibilité narrative.....	34
4.3	Analyses qualitatives des modèles dynamiques.....	36
5	Discussion.....	41
5.1	Discussion sur les résultats de H1.....	42
5.2	Discussion sur les résultats de H2.....	43
5.3	Discussion sur les résultats de H3.....	44
5.4	Limites et biais.....	45

5.5	Perspectives futures.....	46
5.6	Conclusion	48
6	Références.....	49
7	Annexe A. Tableaux Excel et syntaxe R	60
8	Annexe B. Instruments de mesure	67
9	Annexe C. Exemple de calcul des oscillations	75
10	Annexe D. Déclaration sur l'honneur.....	76

1 Introduction

Le processus thérapeutique en psychothérapie est comparable à une narration : le/la client-e raconte son expérience subjective de la thérapie comme une histoire (Rennie, 1994). Selon diverses théories psychologiques, de la psychologie du développement (McAdams & McLean, 2013) aux neurosciences (Willems et al., 2020), il semble que les personnes ne racontent pas seulement leur identité comme une histoire en psychothérapie, mais aussi dans la vie de tous les jours. Ce récit identitaire qu'ils se font à eux-mêmes et aux autres est comme la trame d'une histoire, une narration basée sur leurs souvenirs autobiographiques renforcés par des émotions, des motivations et des croyances (Singer et al., 2013). Ces histoires donnent une continuité, une cohérence et un sens personnel à leurs vies (Adler, 2012). En suivant cette ligne de conceptualisation du/de la patient-e, le processus de changement en thérapie se manifeste à travers une narration plus cohérente et moins fragmentée (Angus et al., 2012). Ce processus de changement en thérapie suit donc la trame d'une histoire qui commence par des obstacles, des récits superficiels de soi et des autres, des émotions inadéquates (McLeod, 2004), et en cours de route nous arrivons à des récits plus réfléchis, des nouvelles trames même en conflit les unes avec les autres, une nouvelle façon de vivre les émotions liées à ces récits, voire des découvertes inattendues liées à son propre parcours de vie (Macaulay & Angus, 2019), qui laissent derrière elles les vieilles histoires habituelles (Paivio & Angus, 2017). Cette façon de concevoir le processus de changement en thérapie comme la trame d'une histoire n'est pas nouvelle ; en effet, ces idées sont déjà évoquées dans les écrits du célèbre psychanalyste Carl Gustav Jung, basées sur l'archétype de la quête du héros (Duffy, 2010). Selon cette trame, le/la patient-e s'engage dans un voyage incertain, affronte courageusement les différents obstacles de sa nouvelle voie et renonce à son soi actuel, laissant derrière lui ses anciens paradigmes (Duffy, 2010). Cependant, l'utilisation de la narration pour comprendre le processus de changement en thérapie est de plus en plus présente dans la littérature scientifique des 20 dernières années, il existe en effet différents auteurs/autrices qui étudient les processus thérapeutiques à travers les concepts de narration (Adler, 2012 ; Boritz et al., 2011 ; Gonçalves & Stiles, 2011 ; Vromans & Schweitzer, 2011). Parmi d'autres, l'un des courants scientifiques contemporains dans ce domaine est celui s'intéressant à la construction narrative fondée sur les émotions, qui analyse le processus thérapeutique sur la base du contenu et de la structure des récits et des émotions du/de la patient-e (Greenberg & Angus, 2004).

Un processus thérapeutique qui peut parfois être décrit comme tortueux (Veysey, 2014) est celui avec les client-e-s diagnostiqué-e-s avec un trouble de la personnalité

borderline (TPB), il est constaté qu'un nombre important de professionnels-elles de la santé admet que le travail avec les personnes ayant ce diagnostic peut être très difficile et peut apporter de la colère et de la frustration (Bodner et al., 2011 ; Cleary et al., 2002). Dans le contexte thérapeutique, la frustration des thérapeutes peut être provoquée par plusieurs facteurs, notamment l'impression de ne pas créer une bonne alliance thérapeutique, de ne pas voir de résultats thérapeutiques et l'impression que le/la patient-e ne progresse pas (Aviram et al., 2006 ; Sansone & Sansone, 2013).

Le TPB est en effet marqué par des problèmes dans la construction narrative de sa vie, une absence de cohésion narrative et un récit fragmenté (Lind et al., 2019). Selon le DSM-5 la symptomatologie du TPB est caractérisée par un sentiment perturbé de soi, une dysrégulation émotionnelle et des liens interpersonnels instables (American Psychiatric Association, 2013), tous ces éléments pouvant être rattachés à un récit identitaire incohérent, fragmenté et sans agentivité (Adler et al., 2012 ; Lind et al., 2019a ; Lind et al., 2019b ; Lind et al., 2021 ; Sajjadi et al., 2022).

L'analyse des processus émotionnels-narratifs en psychothérapie a déjà été utilisée pour prédire les résultats chez des patient-e-s souffrant de dépression (Boritz et al., 2017), de troubles anxieux (Khattra et al., 2020) et trauma complexe (Carpenter et al., 2016). Même avec les patient-e-s TPB, certains travaux qui analysent leurs narrations en thérapie existent déjà (Adler et al., 2012 ; Lind et al., 2019 ; Sajjadi et al., 2022) mais ne visent pas spécifiquement les processus émotionnels-narratifs. Considérant que les patient-e-s TPB présentent parfois des récits fragmentés et incohérents, cela suggère que l'analyse des processus émotionnels-narratifs pendant leurs séances pourrait être un moyen de prédire le résultat d'une psychothérapie avec ces client-e-s (Angus et al., 1999).

L'importance d'une meilleure compréhension des processus émotionnels-narratifs dans la psychothérapie des patient-e-s souffrant de TPB réside non seulement dans l'aide apportée au patient-e lui-même, mais aussi dans la possibilité de donner de nouveaux outils aux professionnels-elles de la santé mentale. Afin de pouvoir mieux identifier où ils se situent dans le processus thérapeutique et si les patient-e-s progressent ou non dans ce processus. Cela permettrait de réduire la frustration et le désespoir provoqués par l'impression de ne pas faire des progrès (Bodner et al., 2011), sentiments également présents chez les patient-e-s eux-elles-mêmes (Lind et al., 2019).

Afin d'explorer ces questions, les processus émotionnels-narratifs des séances de 6 patient-e-s diagnostiqués avec un TPB seront analysées en relation avec le résultat de la psychothérapie à court terme.

Étant donné que la recherche sur la construction narrative basée sur les émotions peut encore être considérée comme très récente, il sera d'abord nécessaire de mener une enquête sur les fondements sur lesquels reposent ces construits. En outre, ce cadre scientifique spécifique a déjà donné des résultats avec divers troubles, mais pas avec le TPB ; il sera donc nécessaire d'étudier pourquoi ce cadre peut également être appliqué au TPB. Enfin, une investigation plus approfondie de ce qui est recherché dans le processus psychothérapeutique au niveau des processus émotionnels-narratifs est également nécessaire afin de pouvoir émettre des hypothèses sur nos cas.

2 Contexte théorique et empirique

2.1 La narration en psychothérapie

Selon différents auteurs/autrices de la psychothérapie existentielle, de Frankl (1985) à Yalom (2014), la vie est intrinsèquement dénuée de sens et nous devons donner un sens à la vie pour nous-mêmes. Pour donner un sens à notre vie, nous nous racontons une histoire, basée sur nos expériences. Ces récits exposent nos souvenirs autobiographiques, les événements quotidiens et nous aident à prédire les événements futurs (McLean, 2008). Cette façon d'expliquer notre histoire nous aide à maintenir un sentiment de continuité temporelle et un sens cohérent de soi (Adler et al., 2012). Nous racontons à nous-mêmes et aux autres les événements de notre vie, colorés par des émotions, des croyances, des valeurs, des intentions et des objectifs qui représentent notre sens, notre vérité.

Du point de vue du développement cognitif, la capacité complète de narration se développe à l'adolescence (Reese et al., 2017 ; Shiner et al., 2021 ; Weinberg, 1991). Selon Stern (1989), avant d'atteindre ce stade final de la narration appelé le *verbal self*, nous passons par trois étapes. L'*emergent self*, c'est-à-dire le bébé qui organise ses expériences sur la base des sensations. Vient ensuite le *core self*, c'est-à-dire le petit enfant se racontant comme un agent dans le monde, avec une mémoire qui est la continuité temporelle. Et enfin l'*interpersonal self*, une narration basée sur le reflet de soi avec son caregiver, une narration basée sur les relations. Le *verbal self* qui se développe à l'adolescence est la capacité verbale complète de se raconter soi-même mais aussi de se raconter aux autres, de créer mutuellement sa propre réalité, interne et externe. Le *verbal self* s'accompagne également d'une possible fragmentation, la pleine capacité verbale implique également l'existence d'une non-cohérence entre les expériences vécues, en particulier celles à forte charge émotionnelle (Lind et al., 2019 ; Shiner et al., 2021). Cette façon d'expliquer le développement en suivant le développement narratif est conforme aux recherches sur les adolescent-e-s qui présentent des niveaux plus élevés de dysrégulation émotionnelle (McLean & Breen, 2009 ; Powers &

Casey, 2015). L'adolescence est également la période dans laquelle apparaît généralement le trouble de la personnalité borderline (Kaess et al., 2014), que nous explorerons plus en détail dans le prochain chapitre. La façon dont les événements (passés, présents et futurs) sont structurés, selon les différentes structures narratives, permet de créer notre réalité plus ou moins discontinue. Mais il ne s'agit pas seulement d'événements, chaque événement est porteur d'intentions, de motivations, de croyances et d'émotions (Singer et al., 2013).

Non seulement selon la psychologie du développement, mais aussi selon les neurosciences modernes, notre conscience identitaire repose sur nos narrations et les sentiments que nous associons à ces narrations (Gallese & Wojciehowski, 2011). Divers chercheuses et chercheurs, dont Lakoff (2012), l'un des premiers, ont émis l'hypothèse de la cognition incarnée, c'est-à-dire le fait que lorsque nous faisons l'expérience de la réalité, nous l'enregistrons de manière incarnée, dans tous les différents systèmes cérébraux, non seulement sensoriels et moteurs, mais aussi affectifs. Ainsi, lorsque nous parlons, pensons ou voyons un chat, ce n'est pas seulement l'image du chat qui est activée dans notre corps, mais aussi les sensations que nous avons mémorisées, comme par exemple caresser la fourrure d'un chat, et aussi les émotions que nous associons à nos souvenirs, par exemple les émotions affectives liées à notre chat domestique. Ainsi, toute l'expérience que nous avons de la réalité est basée sur nos souvenirs autobiographiques, colorés par des sensations et des émotions (McAdams, 2019 ; Willems et al., 2020 ; Young & Saver, 2001).

Les récits que nous faisons de notre passé sont donc essentiels pour comprendre comment nous nous sentons dans le présent et comment nous imaginons nous sentir dans le futur (Gallese & Wojciehowski, 2011). Il est donc essentiel de comprendre comment nous racontons notre enfance. Dans ce cas, la théorie de l'attachement nous est utile. Selon la théorie de l'attachement, notre développement durant l'enfance et le lien avec notre soignant déterminent notre sentiment de sécurité et notre comportement exploratoire, mais aussi notre capacité de régulation émotionnelle et la manière dont nous nous rapportons aux autres (Bowlby, 1979 ; Mikulincer & Shaver, 2007). La recherche de Daniel (2011) nous montrent que les personnes avec différents styles d'attachement racontent différemment leur histoire en psychothérapie. Les personnes ayant un attachement évitant essaient d'éviter de raconter leurs expériences relationnelles passées et suppriment généralement leurs émotions dans leurs récits. Les personnes ayant un attachement anxieux, en revanche, concentrent leurs récits sur les expériences relationnelles et sont hyperactivées émotionnellement lorsqu'elles sont confrontées à ces questions. Enfin, les personnes ayant un attachement sûr sont généralement capables de réguler leurs émotions pendant les récits, et elles sont également

capables de ne pas éviter les récits d'expériences relationnelles ni de les concentrer uniquement sur ces derniers. La recherche de Graci et Fivush (2017) nous montrent également que la façon dont nous créons du sens autour des histoires de stress et de traumatismes passés est modérée par notre style d'attachement. Plus précisément, l'exploration narrative (capacité à établir plusieurs points de vue sur une situation) était moins présente chez les personnes ayant un attachement évitant, tandis que la recherche de soutien narratif (capacité à exprimer l'utilisation adaptative d'un réseau de systèmes d'attachement comme la famille) était moins présente chez les personnes ayant un attachement anxieux.

Le récit de notre histoire est donc quelque chose d'intime, qui prend racine aussi dans notre enfance, mais cela ne signifie pas qu'il s'agit uniquement d'un récit interne que nous nous racontons à nous-mêmes. Il convient de mentionner que le récit est renforcé et acquiert une signification externe lorsqu'il est raconté à d'autres personnes (McLeod, 2004). Pour Schank (1995) les récits acquièrent plus de sens et sont renforcés lorsqu'ils sont racontés à d'autres, car ils deviennent une mémoire autobiographique. Pour lui, raconter est un acte interpersonnel, exactement comme la psychothérapie est un acte interpersonnel dans lequel on se raconte. En fait, la narration est le terrain commun entre le/la thérapeute et le/la patient-e et l'un des principaux outils dont dispose le/la thérapeute pour comprendre comment soutenir au mieux le/la patient-e (Gonçalves & Machado, 1999).

En fait, selon Angus et McLeod (2004), les patient-e-s cherchent à consulter lorsqu'ils-elles ressentent des discontinuités ou des incohérences entre les émotions, les actions ou les normes culturelles et leurs propres récits. De ce point de vue, le processus thérapeutique viserait donc à aider le/la patient-e à construire des récits plus cohérents. Quel que soit le type d'approche psychothérapeutique utilisé, le point de départ est toujours le récit du/de la patient-e (Richert, 2006). Une approche intégrative qui se concentre sur les processus émotionnels-narratifs, qui est donc particulièrement pertinente dans le cadre de la présente étude, est le modèle développé par Greenberg et Angus (2004) appelé l'approche narrative fondée sur l'émotion, également appelée modèle *Narrative Emotion Process* (NEP). Le modèle NEP (Greenberg & Angus, 2004) est une carte de processus intégrative permettant aux cliniciens-ennes de mieux comprendre les processus émotionnels et narratifs des patient-e-s pendant une psychothérapie. Il s'agit d'une carte qui fournit aux cliniciens-ennes des informations telles que la façon dont le/la client-e explique ses souvenirs autobiographiques, son expression émotionnelle, la symbolisation de ses sensations corporelles, la façon dont il-elle réfléchit sur son esprit et celui des autres, la façon dont il-elle intègre de manière cohérente les actions et les émotions et le sens personnel de son histoire, et la façon dont il-elle articule les

changements ou les découvertes dans son récit personnel (Angus et al., 2017). Le modèle NEP (Greenberg & Angus, 2004) est une liste de 10 marqueurs ou catégories qui, en analysant les séances, nous permettent d'associer chaque moment à l'une de ces catégories représentant la façon dont le-la patient-e se raconte en thérapie. Avant d'être un outil de codage (Boritz et al., 2014), ces marqueurs font partie d'un modèle théorique (Angus et al., 1999), raison pour laquelle ce modèle est expliqué en profondeur dans cette partie du texte. Ces marqueurs sont divisés en trois macrocatégories : marqueur de problème, marqueur de transition et marqueur de changement, les détails concernant les 10 marqueurs sont présentés dans le Tableau 1 en version originale (Angus et al., 2017), c'est-à-dire en anglais, avec un exemple pour chaque marqueur. Les trois macrocatégories sont expliquées ci-dessous :

- Marqueurs de problèmes : dans cette macrocatégorie, nous trouvons quatre marqueurs - *same old story*, *empty story*, *unstoried emotion* et *superficial story* – le/la patient-e présente généralement ces récits au début de la thérapie (Angus et al., 2017). Ces récits sont marqués par des histoires épisodiques incohérentes, des émotions sur- ou sous-régulées, des récits inflexibles, fragmentés et répétitifs. Ces marqueurs problématiques représentent des récits symptomatiques, avec la présence d'incohérence de soi, de dysrégulation émotionnelle et de détresse interpersonnelle.
- Marqueurs de transition : également dans cette macrocatégorie, nous trouvons quatre marqueurs - *competing plotlines*, *inchoate story*, *experiential story* et *reflective story* - ces marqueurs se produisent généralement plus au milieu-fin de la thérapie des patient-e-s dont le résultat final est favorable (Angus et al., 2017). Ce sont des récits positifs qui vont dans le sens d'une intégration de sa propre histoire. Une narration plus souple et plus cohérente avec une expression émotionnelle moins dysrégulée.
- Marqueurs de changement : cette macrocatégorie présente deux marqueurs - *unexpected outcome*, *discovery storytelling* - ces marqueurs peuvent habituellement se produire au milieu ou à la fin des séances de thérapie des patient-e-s dont le résultat final est favorable (Angus et al., 2017). Ce sont des récits qui expriment de nouvelles actions, pensées, émotions adaptatives, et une reconstruction narrative du changement, de la découverte. Ils expriment un nouveau sens, une nouvelle compréhension de soi et des autres. Ils comprennent un niveau plus élevé d'intégration émotionnelle, un fil narratif plus cohérent et plus flexible.

Tableau 1 :*Narrative-emotion Process Coding System (Angus et al., 2017)*

Marker	Process Indicators	Examples
Same Old Storytelling	Expressing dominant, maladaptive, over-general views of self and relationships marked by lack of agency, stuckness.	<i>She was never concerned about me, she was only concerned with herself. Behave, be good, don't cause me any trouble...Always all about her.</i>
Empty Storytelling	Describing an event with a focus on external details and behavior, and a lack of internal referents or emotional arousal.	<i>I was crying on the floor. The lady next door, her daughter was our babysitter, she was 16. She made me some eggs with cheese on top.</i>
Unstoried Emotion Storytelling	Experiencing undifferentiated, under- or over-regulated emotional arousal, without coherent narration of the experience.	T: <i>Sad, so sad.</i> [25 sec pause, client stares at ceiling] <i>Are you holding back right now?</i> C: <i>Yes. 'Cause I have to take a bus later. I can't be on the bus with tear-stained eyes.</i>
Superficial Storytelling	Talking about events, hypotheticals, self, others, or unclear referents in a vague, abstract manner with limited internal focus.	<i>The way that she talked to me and treated me in front of friends, and family. Even like my sister and father, just things that she says and does.</i>
Competing Plotlines Storytelling	An alternative to a dominant view, belief, feeling, or action emerges, creating tension, confusion, curiosity, doubt, protest	<i>I have 3 healthy children, a house, we're not wealthy but we're okay, and I sort of go...why am I not...happier? I don't know.</i>
Inchoate Storytelling	Focusing inward, contacting emergent experience, searching for symbolization in words or images.	<i>...things seemed ok on the outside. But inside, there's... [closes eyes, frowns] a, like a [silence] black hole or a void, or...</i>
Experiential Storytelling	Narrating an event or engaging in a task as if re-experiencing an autobiographical memory or interpersonal scheme.	<i>I walked and walked and walked like I was in a fog. It was raining and dark, and I got wound up, and I just had to walk it off. I was soaking wet but didn't care.</i>
Reflective Storytelling	Explaining a general pattern or specific event in terms of own or others' internal states (thoughts, feelings, beliefs, intentions).	<i>There was nobody who cared, and so eventually I stopped showing them how I felt. Somewhere between there and here I stopped feeling it.</i>
Unexpected Outcome Storytelling	Describing a new, adaptive behavior (action, thought, feeling, response) and expressing surprise, pride, relief, contentment.	<i>I was so anxious, but instead of wallowing in it like usual I thought 'what can I do?' So I [did] the muscle relaxation stuff...it felt so good. After, I felt like a different person.</i>
Discovery Storytelling	Reconceptualizing, or articulating a novel understanding of the self, others, key events, behavior patterns, or change processes.	<i>I've been thinking about the theme of being uninvited in the world. I think, I never did it consciously, but I realize that I've seen myself as an intrusion for a very long time, and...</i>

Note. Tableau des 10 marqueurs émotionnels-narratifs, avec leurs principales caractéristiques et un exemple pour chaque marqueur. Figure tirée de l'article de Angus et al. (2017), p. 6.

Selon ce modèle, le/la patient-e commence la thérapie avec de nombreux marqueurs de problèmes et, au fil du temps, s'il-elle répond favorablement à la thérapie, des marqueurs de transition seront plus présents, jusqu'à l'émergence de marqueurs de changement (Aleixo et al., 2021). Ces mécanismes peuvent en effet être trouvés non seulement dans des thérapies comme la thérapie centrée sur les émotions, qui est purement centrée sur la narration et les émotions (Greenberg, 2004), mais il existe diverses recherches qui montrent que ces

mécanismes émotionnels-narratifs peuvent également être trouvés dans des thérapies d'autres approches (Boritz et al., 2014 ; Friedlander et al., 2018 ; Khattrra et al., 2020). Comme déjà mentionné, des études suggèrent que le modèle NEP (Greenberg & Angus, 2004) est applicable et permet d'expliquer les processus thérapeutiques des personnes diagnostiquées comme souffrant de dépression majeure (Boritz et al., 2014), de traumatisme complexe (Carpenter et al., 2016) et d'anxiété généralisée (Khattrra et al., 2020). A l'heure actuelle, à notre connaissance, aucune étude n'a analysé la pertinence du modèle NEP (Greenberg & Angus, 2004) dans le cadre du TPB. Le chapitre suivant présentera donc les principaux symptômes du TPB et expliquera pourquoi ce modèle théorique peut très bien s'appliquer à ce trouble.

2.2 L'importance des processus émotionnels-narratifs dans le trouble de la personnalité borderline

Le TPB est un trouble caractérisé par des taux élevés de suicide, une altération importante du fonctionnement, des taux considérables de comorbidité et des coûts élevés pour la société (Leichsenring et al., 2011). Certains des symptômes du TPB peuvent être expliqués à l'aide des processus émotionnels et narratifs. Selon le DSM-5, parmi les principaux symptômes figurent une image instable de soi, une dysrégulation émotionnelle et des problèmes interpersonnels (American Psychiatric Association, 2013). Ces trois symptômes principaux sont les seuls que nous, les auteurs/autrices, avons pu relier au modèle NEP (Greenberg & Angus, 2004), nous sommes conscients que ces trois symptômes ne sont qu'une partie de la symptomatologie du TPB. Cependant, ces trois catégories de symptômes du trouble de la personnalité borderline peuvent toutes être expliquées sur la base de problèmes dans les processus émotionnels et narratifs. Il est important de noter que le lien entre les symptômes du TPB et les processus émotionnels-narratifs n'est pas expliqué comme un lien causal unilatéral, mais plutôt comme l'un la manifestation de l'autre, de manière bilatérale.

Premièrement, les symptômes en lien avec l'image instable de soi peuvent être observés dans les récits superficiels (*superficial story*) et fragmentés (Lind et al., 2019). Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre précédent, c'est à l'adolescence que la capacité de se raconter de manière globale, définie comme le *verbal self*, est acquise (Stern, 1989 ; McAdams & McLean, 2013). Une capacité linguistique complète qui implique également la possibilité de fragmentation, la capacité de raconter les événements de sa vie de manières très différentes, des manières qui ne parviennent pas nécessairement à être intégrées dans un récit unique, continu et cohérent (Weinberg, 1991). Une personne qui se raconte de manière fragmentée et qui est incapable d'intégrer ses expériences de manière unifiée présentera donc

une image de soi instable et discontinue (Adler, 2012). Dans le TPB, comme chez une partie des adolescent-e-s, on retrouve précisément ce type de symptôme (Powers & Casey, 2015).

Deuxièmement la dysrégulation émotionnelle peut être observée dans des récits avec une absence totale d'émotions (*empty story*) ou dans des émotions hypo- ou hyperactives sans contexte narratif (*unstoried emotion*) (Carpenter et al., 2016). Pour comprendre la dysrégulation émotionnelle, nous pouvons nous appuyer sur la théorie de l'attachement. Il existe une grande corrélation entre l'attachement insécure et le TPB (Agrawal et al., 2004). Cela nous amène à supposer que la dysrégulation émotionnelle et l'impulsivité qui en découle, présentes dans le TPB, trouvent leur origine dans les récits d'attachement créés pendant l'enfance. Par conséquent, un sentiment de sécurité instable et une faible estime de soi, ainsi qu'une forte peur de l'abandon, sont également des symptômes présents dans le TPB selon le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Troisièmement, l'attachement insécure et la dysrégulation émotionnelle entraînent des problèmes interpersonnels (Mikulincer & Shaver, 2007). Il existe des corrélations sur la façon dont l'attachement dans l'enfance peut influencer la façon dont nous vivons et racontons les relations interpersonnelles à l'âge adulte (Graci & Fivush, 2017). Ces récits peuvent être des *same old stories*, dans lesquelles la personne est emprisonnée dans des récits relationnels marqués par une absence d'agentivité (Lind et al., 2019). Le TPB se caractérise par une hypersensibilité aux émotions des autres (Normann-Eide et al., 2020). Selon Nelson (1999), la capacité à raconter ses propres expériences en termes d'émotions est le fondement de la capacité à adopter le point de vue de l'autre par rapport à soi. Des problèmes dans les récits de soi entraîneraient donc des problèmes dans la mentalisation de l'autre et donc des problèmes interpersonnels potentiels (De Meulemeester et al., 2017).

Tels sont donc les trois principaux symptômes du TPB expliqués par les concepts théoriques et scientifiques des processus émotionnels et narratifs. Nous pouvons supposer que les patient-e-s atteints de TPB qui ne répondent pas à la psychothérapie présenteront des récits particulièrement problématiques pendant le parcours (Holm & Severinsson, 2011 ; Ng et al., 2019). Alors que les patient-e-s qui sont réceptifs à la psychothérapie auront des récits plus adéquats. Dans le prochain chapitre nous expliquerons plus en détails ce qui peut être défini comme avoir des processus émotionnels-narratifs plus adéquats, ce qui nous conduira aux hypothèses de notre recherche.

2.3 Les processus émotionnels-narratifs en psychothérapie

2.3.1 *Cohérence narrative à travers les sessions de traitement (session par session)*

Comme évoqué à la fin du sous-chapitre 2.1, le processus émotionnel-narratif de base qui devrait avoir lieu pendant la psychothérapie est la cohérence narrative qui augmente tout au long de la thérapie (Angus et al., 2017). Concrètement, cela signifie que les récits deviennent moins fragmentés tout au long de la thérapie, moins superficiels, avec plus d'agentivité, avec des émotions qui sont exprimées de manière régulée et avec un contexte narratif cohérent (Macaulay & Angus, 2019). Cela signifie que les récits problématiques diminuent, laissant place à davantage de récits de transition et de changement (Paivio & Angus, 2017). Par exemple, dans la recherche de Boritz et ses collègues (2014), ils-elles ont étudié les récits de 12 patient-e-s diagnostiqué-e-s avec une dépression pendant les sessions de 3 types de thérapie différents (thérapie centrée sur les émotions, thérapie centrée sur le client et thérapie cognitive). Ils ont noté que, indépendamment du type de thérapie, l'échantillon qui était inchangé à la fin de la thérapie (6 patient-e-s) présentait plus de marqueurs problématiques à la mi-thérapie que l'échantillon qui était rétabli à la fin de la thérapie (6 patient-e-s). De plus, en général, l'échantillon rétabli a montré plus de récits de transition et de changement tout au long de la thérapie que l'échantillon inchangé.

Non seulement avec des cas de dépression majeure, mais aussi avec des patient-e-s ayant reçu un diagnostic de traumatisme complexe, des modèles similaires de processus de cohérence narrative tout au long de la thérapie ont pu être observés. Plus précisément, dans la recherche de Carpenter et al. (2016) l'étude de 2 patient-e-s rétabli-e-s et 2 patient-e-s inchangé-e-s avec un diagnostic de traumatisme complexe en thérapie centrée sur les émotions a montré une proportion plus élevée de marqueurs de problèmes chez les patient-e-s inchangés. Alors que les marqueurs de transition étaient plus visibles chez les patient-e-s rétabli-e-s au début et au milieu de la thérapie, les patient-e-s inchangé-e-s présentaient plutôt des marqueurs de transition à la fin de la thérapie. Une proportion plus élevée de marqueurs de changement s'est manifestée au début et à la fin du traitement chez les patient-e-s rétabli-e-s que chez les patient-e-s inchangé-e-s. Carpenter et al. (2016) ont ensuite étendu leur étude en créant une étude plus approfondie avec 12 patient-e-s, 6 rétabli-e-s et 6 inchangé-e-s. Les marqueurs problématiques étaient à nouveau significativement plus présents tout au long de la thérapie pour les patient-e-s inchangé-e-s que pour les patient-e-s rétabli-e-s. Au niveau des marqueurs de transition, ils étaient plus présents pour les patient-e-s rétabli-e-s au début et au milieu de la thérapie par rapport aux patient-e-s inchangé-e-s. En termes de marqueurs de changement, cependant, ils ont noté qu'au début de la thérapie, les deux groupes ne différaient

pas dans les proportions de ces marqueurs, la différence a été significative uniquement à partir du milieu de la thérapie et cela a été maintenu jusqu'à la fin du traitement, montrant que les client-e-s rétabli-e-s s'engagent davantage dans ces récits que les client-e-s inchangé-e-s.

Enfin, outre les études portant sur la dépression majeure et les traumatismes complexes, des études explorant la même question de recherche ont été également menées avec un échantillon présentant un trouble anxieux généralisé. En effet, Khattra et ses collègues (2020) ont inclus dans leur étude 6 patient-e-s ayant reçu un diagnostic d'anxiété généralisée et ayant suivi un traitement manualisé de thérapie cognitivo-comportementale. Ils ont noté qu'il n'y avait pas de différences significatives dans la proportion de marqueurs de problèmes entre le groupe rétabli et le groupe inchangé. Cependant, ils ont noté une majorité de marqueurs de transition et de changement dans le groupe rétabli par rapport au groupe inchangé, surtout dans la dernière phase de la thérapie. Comme mentionné ci-dessus, cela signifie que la cohérence narrative a augmenté tout au long de la thérapie, en particulier pour le groupe rétabli.

Nous pouvons ainsi observer un schéma récurrent dans ces recherches. Un début de thérapie où les marqueurs problématiques sont présents dans les deux groupes, puis une diminution de ces marqueurs problématiques pour le groupe rétabli alors que les marqueurs de transition et de changement augmentent, tandis que le groupe inchangé reste souvent bloqué dans des narrations problématiques (Carpenter et al., 2016). Ce type de processus thérapeutique est donc également envisageable dans le cadre d'une thérapie avec des patient-e-s TPB, d'autant plus que les traumatismes complexes et le TPB présentent de nombreux points communs (Luyten et al., 2020). En effet, au niveau de la symptomatologie, ils partagent une dysrégulation émotionnelle, une image de soi instable et des problèmes interpersonnels (Kliethermes et al., 2014). Pour cette raison nous pouvons émettre l'hypothèse que non seulement au niveau des symptômes, mais aussi au niveau des schémas narratifs-émotionnels en psychothérapie peuvent être similaires. Ces recherches existantes vont donc nous servir de base pour émettre nos hypothèses sur la cohérence narrative des patient-e-s avec TPB participant à notre étude. Notre étude veut se concentrer non seulement sur la dimension de la cohérence, mais aussi sur celle de la fragmentation, plus précisément la fragmentation comprise comme la différenciation des récits.

2.3.2 *Flexibilité narrative à travers les sessions de traitement (session par session)*

Selon le modèle NEP (Greenberg & Angus, 2004), en plus d'augmenter la cohérence narrative, la psychothérapie vise également à augmenter la flexibilité narrative, c'est-à-dire à permettre au patient-e d'être capable de raconter son histoire avec des récits différents les uns

des autres et de ne pas rester bloqué dans de récits habituels (Boritz et al., 2017). La flexibilité narrative peut être divisée en deux types de mouvements : le déplacement improductif et le déplacement productif. On parle de déplacement improductif lorsque le/la patient-e raconte son histoire de manière non différenciée en utilisant toujours des récits problématiques ou en passant de récits de transition-changement à des récits problématiques. Le déplacement productif, en revanche, est ce qui est souhaitable, c'est-à-dire le déplacement des récits du problème à celui de transition et du changement, ainsi que le déplacement des récits de transition à transition ou du changement au changement. Ce processus de différenciation des récits en psychothérapie peut sembler être une forme de recherche de fragmentation, mais ce n'est pas le cas, c'est une manière de sortir des visions rigides et emprisonnées du soi, de ces récits qui sont toujours les mêmes, dépourvus d'agentivité. Le concept de flexibilité narrative a été appliqué à la dépression majeure et aux traumatismes complexes. Ces deux troubles partagent une symptomatologie de récits bloqués, de boucles de rumination qui empêchent de se voir comme le protagoniste de sa propre histoire (Boritz et al., 2014 ; Carpenter et al., 2016). Nous pouvons également trouver dans les récits des patient-e-s TPB des récits avec une agentivité limitée (Lind et al., 2019). Tout comme dans le cas de la cohérence narrative, nous présentons des analyses de la flexibilité narrative de patient-e-s souffrant de dépression et de traumatismes complexes afin d'émettre des hypothèses sur les schémas de flexibilité des patient-e-s souffrant de TPB.

Boritz et al. (2017) ont étudié les différentes probabilités de déplacement entre les marqueurs uniques et entre les macrocatégories émotionnelles-narratives au cours des séances de thérapie centrée sur les émotions, thérapie centrée sur le client et thérapie cognitive de 12 patient-e-s avec un diagnostic de trouble dépressif majeur. Ils ont constaté que les patient-e-s rétabli-e-s étaient plus susceptibles de passer d'un marqueur individuel à l'autre et d'une macrocatégorie à l'autre pendant les sessions que les patient-e-s inchangé-e-s. De plus, cette probabilité de changement est restée constante au cours de la thérapie pour les patient-e-s rétabli-e-s, alors que pour les patient-e-s inchangé-e-s, cette probabilité a diminué au fil des séances. Enfin, ils ont noté que le temps passé à raconter son histoire à travers le même marqueur problématique était négativement corrélé au passage à un autre marqueur de type plus positif, de sorte que plus les patient-e-s restaient longtemps dans la catégorie émotionnelle-narrative problématique, plus ils étaient susceptibles d'y rester "emprisonnés".

De leur côté, les recherches de Carpenter et ses collègues (2016) ont étudié les schémas de flexibilité narrative de 12 patient-e-s diagnostiqué-e-s avec un traumatisme complexe. Ils ont révélé que le groupe rétabli présentait généralement des proportions plus

élevées de déplacements entre les marqueurs que les patient-e-s inchangés, en particulier au début et au milieu de la thérapie. De plus, au fil des sessions, les patient-e-s rétabli-e-s, comparés aux patient-e-s inchangé-e-s, ont montré une plus grande proportion de déplacement productif et une plus faible proportion de déplacement improductif. Ainsi, les patient-e-s inchangé-e-s ont montré une majorité significative de déplacements improductifs par rapport aux patient-e-s rétabli-e-s.

Ces deux recherches, contextualisées dans notre projet, amènent à penser que des schémas similaires de flexibilité narrative peuvent également se produire dans le cadre d'une psychothérapie avec des patient-e-s TPB.

2.3.3 Modèles dynamiques à l'intérieur des sessions (moment par moment)

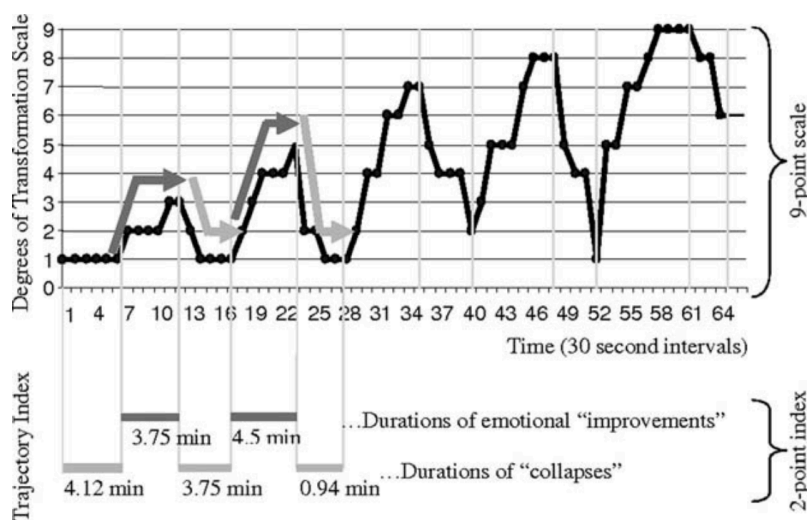
Lorsque nous parlons des déplacements entre catégories dans le processus psychothérapeutique, il est important de se référer à des systèmes dynamiques non linéaires, des modèles qui prennent en compte non seulement la moyenne des processus tout au long de la thérapie, mais aussi ce qui se passe au cours des séances individuelles (Hayes et al., 2007). Pour revenir aux concepts de déplacement productif et de déplacement improductif, nous devons prendre en compte le fait que les patient-e-s rétabli-e-s dans la recherche de Carpenter et collègues (2016) ont passé presque le même temps en déplacement productif et en déplacement improductif. C'est seulement par rapport aux patient-e-s inchangé-e-s que les patient-e-s rétabli-e-s montrent un déplacement plus productif car les patient-e-s inchangé-e-s ont plus de propension au déplacement improductif. Nous pouvons donc constater que, tant dans le cas des patient-e-s inchangé-e-s que dans celui des patient-e-s rétabli-e-s, il existe des fluctuations continues, un processus non linéaire, qui, chez les patient-e-s inchangé-e-s, reste cyclique ou même s'aggrave, tandis que dans le cas des patient-e-s rétabli-e-s, ces fluctuations diminuent avec le temps mais sont cependant nécessaire au processus thérapeutique (Carpenter et al., 2016). Ces schémas font référence non seulement à la dynamique des processus en psychothérapie mais aussi à la dynamique de la symptomatologie du TPB, une dynamique définie comme cyclique avec une faible progression narrative : une identité faite d'événements ponctuels avec peu de liens entre eux, une existence qui vacille entre ces points toujours identiques, changeant mais restant immobile (Fuchs, 2007 ; Muscatello & Scudellari, 2000).

La contribution de Pascual-Leone (2009) explique que la recherche scientifique en psychothérapie s'est presque toujours concentrée sur les processus qui se produisent avec la thérapie, de l'avant à l'après thérapie, sans toutefois considérer les dynamiques qui se produisent au sein des sessions individuelles. Il explique que ce n'est pas parce que l'on est

passé d'un-e patient-e malade (pré) à un-e patient-e qui allait mieux (post) que le processus était nécessairement linéaire ; au contraire, il explique que c'est peut-être précisément dans la non-linéarité du processus que l'on peut trouver les processus qui ont permis au patient-e de s'améliorer (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Dans sa recherche, il s'est concentré sur les schémas dynamiques des émotions au cours des sessions de 34 patient-e-s traités pour dépression et/ou problèmes interpersonnels. Par ses analyses, il a montré qu'une progression des processus émotionnels se produisait au cours des sessions positives, mais que cette progression n'était pas synonyme de progression linéaire. Cette progression était en effet synonyme d'un plus grand nombre de déplacements entre une gamme d'émotions de plus en plus large et d'un mouvement simultané de "montée et de descente" défini par l'auteur comme un "schéma en dents de scie" (deux pas en avant, un pas en arrière). Pour mieux comprendre ce que l'on entend par "schéma en dents de scie", un exemple est présenté dans la Figure 1.

Figure 1

Exemple de déplacements émotionnels en "dents de scie" pendant une séance de psychothérapie



Note. Figure tirée de la recherche de Pascual-Leone (2009), p. 8.

Bien que sa recherche soit basée uniquement sur les processus émotionnels, nous pouvons imaginer que ce type de modèles dynamiques se produit également dans le cas des processus émotionnels-narratifs. En effet, ce qu'il identifie comme le plus grand nombre de déplacements émotionnels serait dans notre cas la mesure de la flexibilité narrative décrite ci-dessus, tandis que ce qu'il identifie comme le plus grand éventail d'émotions (gamme

d'émotions de plus en plus large) est dans notre cas la mesure de la cohérence narrative (spectre plus large de récits, notamment ceux de transition et de changement).

Nous avons ainsi montré que l'identité d'une personne repose sur les récits qu'elle se raconte à elle-même et aux autres, à propos d'elle-même et des autres. Et ces récits se forment sur la base de ses expériences d'attachement durant l'enfance (Daniel, 2011), sur la base de son développement cognitif (Weinberg, 1991), sur la façon dont elle incarne ses récits dans son système sensoriel et affectif (Lakoff, 2012) et sur la base de la façon dont elle raconte son histoire aux autres et dans certains cas dans le cadre d'une psychothérapie (Angus & McLeod, 2004). Ce cheminement nous a conduit à identifier un modèle théorique et empirique utilisant les concepts de processus émotionnels-narratifs en psychothérapie (Angus et al., 2017). Ce modèle nous a servi de point de départ pour essayer d'expliquer comment les patient-e-s TPB racontent leurs histoires et quelles sont les narrations qui représentent des expressions symptomatiques du TPB. Enfin, nous nous sommes plongés plus avant dans les processus émotionnels-narratifs qui peuvent avoir lieu au sein d'une psychothérapie et au cours des séances individuelles (Pascual-Leone, 2009) de patient-e-s présentant des troubles dont les processus peuvent être rapprochés au TPB (Carpenter et al., 2016). Toutefois, ces recherches sur les processus émotionnels-narratifs n'ont pas encore été menées spécifiquement sur les patient-e-s avec un diagnostic de TPB ; nous allons essayer de combler cette absence.

En intégrant la recherche de Pascual-Leone (2009) sur les processus dynamiques au sein des sessions, la recherche sur la flexibilité narrative tout au long de la thérapie (Boritz et al., 2017) et la recherche sur la cohérence narrative tout au long de la thérapie (Carpenter et al., 2016), notre recherche commence à prendre forme.

2.4 Questions de recherche et hypothèses

Le TPB est caractérisé par des narrations fragmentées, incohérentes et cycliques qui manquent d'agentivité (Adler, 2012 ; Lind et al., 2019). Dans le domaine de la recherche en psychothérapie, un certain intérêt s'est développé pour les processus émotionnels-narratifs des patient-e-s en lien avec les résultats à la fin de la thérapie, mais jusqu'à présent ces travaux n'ont pas porté sur le TPB. Notre recherche représente un premier pas visant à combler cette lacune dans la littérature scientifique et propose une exploration approfondie des processus émotionnels-narratifs survenant au cours de séances individuelles et tout au long d'une thérapie brève pour un groupe de patient-e-s avec un diagnostic de TPB ayant un bon résultat thérapeutique et un groupe de patient-e-s avec un diagnostic de TPB ayant un moins bon résultat thérapeutique.

Les questions de recherche se concentrent non seulement sur les processus émotionnels-narratifs pendant toute l'entiereté de la thérapie mais aussi pendant chaque séance individuelle.

Notre première question de recherche porte sur l'évolution de la cohérence narrative au cours de la thérapie pour les patient-e-s TPB ayant un bon résultat à la fin de la thérapie par rapport aux patient-e-s TPB ayant un moins bon résultat à la fin de la thérapie.

Notre deuxième question de recherche, quant à elle, porte sur l'évolution de la flexibilité narrative au cours de la thérapie pour les patient-e-s TPB ayant un bon résultat à la fin de la thérapie par rapport aux patient-e-s TPB ayant un moins bon résultat à la fin de la thérapie.

Enfin, la troisième question de recherche vise à déterminer s'il existe un modèle de processus dynamique qui peut être représentatif du changement/non-changement pour les patient-e-s TPB avec de bons résultats à la fin de la thérapie par rapport aux patient-e-s TPB avec de moins bons résultats à la fin de la thérapie.

Sur la base des recherches existantes, les hypothèses générales sont donc les suivantes :

- H1. Les patient-e-s TPB ayant de bons résultats à la fin de la thérapie montreront une augmentation significative des marqueurs de transition et de changement et une diminution significative des marqueurs problématiques pendant la thérapie, ces changements seront moins présents pour les patient-e-s TPB ayant de moins bons résultats à la fin de la thérapie (Boritz et al., 2014 ; Carpenter et al., 2016).
- H2. Tout au long de la thérapie, il y aura une augmentation de la flexibilité narrative (de nature productive par opposition à improductive) pour les patient-e-s TPB avec de bons résultats par rapport aux patient-e-s TPB avec de moins bons résultats à la fin de la thérapie (Boritz et al., 2017 ; Carpenter et al., 2016).
- H3. Il y aura davantage un schéma « en dents de scie » d'une session à l'autre pour les patient-e-s TPB avec de bons résultats par rapport aux patient-e-s TPB avec de moins bons résultats à la fin de la thérapie, qui présenteront plutôt un schéma "un pas en avant et un pas en arrière" (Pascual-Leone, 2009).

Les patient-e-s sélectionnés seront au nombre de 6 afin de garder un nombre suffisamment important pour obtenir des informations substantielles, mais assez petit pour avoir l'opportunité de faire des analyses descriptives des sessions individuelles (Pascual-Leone et al., 2009). Six cas signifie qu'il s'agit d'une étude de cas multiple, les hypothèses sont

donc de nature plutôt exploratoire. En effet, une partie de l'analyse est quantitative, tandis qu'une autre partie est qualitative.

Ce ne sont pas toutes les séances individuelles des six patient-e-s qui seront analysées (nombre total : 10 séances par patient-e), mais uniquement les premiers, les cinquièmes, les neuvièmes séances d'un traitement psychiatrique bref selon le modèle de *General Psychiatric Management* (GPM) (Links et al., 2015) avec ou sans *Motive-Oriented Therapeutic Relationship* (MOTR) (Kramer et al., 2014), qui sera expliqué dans la méthode. Les trois sessions (début, milieu et fin) seront représentatives de l'ensemble de la thérapie.

Les analyses des processus émotionnels-narratifs seront effectuées avec le *Narrative Emotion Process Coding System 2.0* (NEPCS 2.0) (Angus et al., 2017), un outil qui sera également approfondi dans la méthode.

Et enfin, pour pouvoir répartir les six patient-e-s en deux groupes, nous avons utilisé la différence du score au début de la thérapie par rapport au score à la fin de la thérapie mesurés avec l'*Outcome Questionnaire 45.2* (OQ-45.2) (Lambert et al., 2004), qui sera également détaillé dans la méthode. Pour diviser les groupes de patient-e-s, la différence entre les scores OQ-45.2 initiaux et les scores OQ-45.2 finaux sera calculée. On se référera à l'indice de changement fiable (14) pour définir à quel groupe appartient chaque patient-e. Dorénavant, les groupes seront appelés "groupe amélioré" et "groupe non amélioré" indiquant respectivement le groupe qui a montré un changement de la symptomatologie selon la différence entre le score initial et le score final selon l'OQ-45.2 et le groupe qui a montré moins de changement ou une aggravation de la symptomatologie selon la différence entre le score initial et le score final selon l'OQ-45.2. Conscients que cette façon de nommer les groupes peut paraître néfaste et stigmatisante, nous tenons à préciser que ce n'est pas le cas, il s'agit simplement d'une appellation des deux groupes.

Sur la base de ces détails méthodologiques, nous pouvons alors établir les trois hypothèses opérationnelles :

H1. Une proportion statistiquement significative plus élevée des marqueurs de transition et de changement du NEPCS 2.0 (Angus et al., 2017) sera plus présente au milieu et à la fin de la thérapie que les marqueurs problématiques présents dans une mesure significativement plus large au début de la thérapie, notamment pour le groupe amélioré (différence supérieure de 14 dans l'OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) entre le début et la fin de la thérapie) par rapport au groupe non amélioré (différence inférieure de 14 dans l'OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) entre le début et la fin de la thérapie).

- H2. Une proportion statistiquement significative plus élevée de déplacements productifs par rapport aux déplacements improductifs entre les marqueurs du NEPCS 2.0 (Angus et al., 2017) sera plus présent au milieu et à la fin de la thérapie par rapport au début de la thérapie, notamment pour le groupe amélioré (différence supérieure de 14 dans l'OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) entre le début et la fin de la thérapie) par rapport au groupe non amélioré (différence inférieure de 14 dans l'OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) entre le début et la fin de la thérapie).
- H3. Nos analyses qualitatives montreront un schéma dynamique des marqueurs du NEPCS 2.0 (Angus et al., 2017) « en dents de scie » plus présent au milieu et à la fin de la thérapie par rapport à un schéma "un pas en avant et un pas en arrière" plus présents au début de la thérapie, notamment pour le groupe amélioré (différence supérieure de 14 dans l'OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) entre le début et la fin de la thérapie) par rapport au groupe non amélioré (différence inférieure de 14 dans l'OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) entre le début et la fin de la thérapie).

3 Méthode

3.1 Échantillon

3.1.1 *Patient-e-s*

Les 6 patient-e-s ont été sélectionnés parmi un échantillon de 57 patient-e-s. Les enregistrements de 3 sessions pour chacun de ces patient-e-s ont été analysés avec le NEPCS 2.0 (Angus et al., 2017), la première, la cinquième et la neuvième session. Les 171 (57 x 3) enregistrements ont été collectés à partir d'une étude précédemment réalisée par Kramer et ses collègues (2014), un essai contrôlé randomisé sur 74 patient-e-s diagnostiqué-e-s avec un TPB comparant le *General psychiatric management* (GPM) (Gunderson et al., 2018) avec le *Motive-oriented therapeutic relationship* (MOTR) (Caspar, 2019) contre la GPM sans MOTR pendant une thérapie courte de 10 sessions. Les critères d'inclusion de ces 74 patient-e-s étaient la présence d'un diagnostic de TPB selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) et le fait d'être âgé de 18 à 65 ans, et les critères d'exclusion étaient la présence d'un trouble psychotique, d'un retard mental et d'une toxicomanie au premier plan selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Partant de la recherche originale qui comptait 74 participant-e-s, le nombre de participant-e-s a été ramené à 57 en effectuant une analyse a priori de la puissance (Kramer et al., 2017). Nous nous référons toutefois à la recherche originale (Kramer et al., 2014) pour les clarifications méthodologiques supplémentaires.

3.1.2 Sélection de l'échantillon

Comme mentionné ci-dessus, la quantité totale de données analysées est de 3 sessions pour 57 patient-e-s, analysées avec le NEPCS 2.0 (Angus et al., 2017). Sur ces 57 patient-e-s, 6 ont été sélectionnés au hasard par un chercheur qui n'a pas participé à l'analyse des données, afin d'éviter tout biais de sélection. Le chercheur qui a sélectionné les 6 cas a volontairement choisi 3 cas améliorés et 3 cas non améliorés, tout en maintenant un bon niveau d'aléatoire puisqu'ils ont été sélectionnés à partir d'un échantillon de 57 patient-e-s, dans lequel les cas améliorés et non améliorés sont approximativement en nombre égal. Comme mentionné précédemment, le critère de sélection était donc la différence du score OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) de la première session par rapport à la dernière session (delta OQ-45.2 : score première session - score dernière session). Les scores négatifs inférieurs à -14 indiquent une amélioration, tandis que tous les scores positifs et négatifs mais supérieurs à -14 indiquent soit une aggravation, soit une amélioration, mais sans dépasser l'indice de changement fiable (voir la section des mesures pour plus de détails). En outre, afin d'affiner la méthodologie, des analyses démographiques supplémentaires ont été effectuées ; les données démographiques sont présentées dans le Tableau 2.

Tableau 2

Données démographiques des 6 participant-e-s analysé-e-s dans cette étude

Id	Âge	Sexe	Traitement	Nb		Pré	Post	Delta	Outcome status
				TPB	OQ-45.2	OQ-45.2	OQ-45.2	OQ-45.2	
A	49	Femme	GPM	6	113	80	-33	Amélioré	
B	41	Homme	MOTR	5	114	99	-15	Amélioré	
C	34	Femme	MOTR	7	105	87	-18	Amélioré	
D	40	Homme	MOTR	8	102	90	-12	Non amélioré	
E	46	Homme	MOTR	6	118	111	-7	Non amélioré	
F	30	Femme	GPM	6	57	65	+8	Non amélioré	

Note. Id = lettre identifiant le/la participant-e ; Âge = âge du/de la participant-e ; Sexe = sexe du/de la participant-e ; Traitement GPM = *General Psychiatric Management* sans MOTR, Traitement MOTR = *General Psychiatric Management* avec MOTR ; Nb TPB = nombre de critères TPB selon DSM-IV ; Pré OQ-45.2 = Score OQ-45.2 à la première séance ; Post OQ-45.2 = Score OQ-45.2 à la dernière séance ; Delta OQ-45.2 = différence entre le score initial et le score final à l'OQ-45.2 ; Outcome status = résultat de la thérapie selon le delta OQ-45.2.

3.2 Procédure

La procédure de traitement a été menée dans une clinique universitaire suisse où le français était la langue principale. Le protocole de recherche a été approuvé par le comité éthique local (numéro d'autorisation 254/08, SNF :100014-134562). En outre, la recherche a également été acceptée par le comité de recherche du département universitaire. L'essai contrôlé randomisé est enregistré dans la base de données ClinicalTrials.gov (NCT01896024) (Kramer et al., 2014).

3.2.1 Traitement

Le traitement, mentionné ci-dessus, est le *General psychiatric management* (GPM) (Gunderson et al., 2018) renforcé ou non par le *Motive-oriented therapeutic relationship* (MOTR) (Caspar, 2019). Le GPM se compose de 6 principes. Comme premier principe, il y a la curiosité et la fiabilité du/de la thérapeute envers le/la patient-e, comme deuxième principe, il y a le soutien et la validation, surtout dans la première phase de la thérapie. Le troisième principe est le fait que le/la thérapeute doit également se concentrer sur la vie du/de la patient-e en dehors du contexte thérapeutique et sur l'obtention d'une place satisfaisante dans la société, tant au travail que dans les relations. En quatrième principe, la relation thérapeutique doit être professionnelle mais réelle, avec même dans certains cas la révélation d'expériences personnelles du/de la clinicien-ne. Le cinquième point, si aucun progrès n'est constaté, le/la clinicien-ne invitera le/la patient-e à collaborer à la révision de l'efficacité de l'approche actuelle. Et enfin comme sixième point, la thérapie vise à promouvoir et soutenir l'autonomie du/de la patient-e dans sa vie (Links et al., 2015).

Le MOTR (Caspar, 2019) est un ensemble de stratégies d'intervention et d'heuristiques de la relation thérapeutique. Le principe de la technique relationnelle du MOTR est d'assurer un traitement individualisé dans lequel le/la thérapeute répond activement aux besoins et motivations du/de la patient-e sur la base de la relation thérapeutique, sans renforcer les comportements ou expériences problématiques. Selon ce principe, il ne sera pas nécessaire pour le/la patient-e d'utiliser ses stratégies ("Plans") pour atteindre ses motivations ou ses objectifs, car ceux-ci sont déjà satisfaits dans le cadre de la relation thérapeutique (Kramer et al., 2014).

Il est important de souligner que le traitement effectué n'est pas le centre d'intérêt de notre recherche. Dans les postulats de notre recherche, nous affirmons que les processus émotionnels-narratifs que nous voulons analyser peuvent se produire dans tous les types d'orientation et d'application thérapeutiques, c'est pourquoi le traitement sera mis à l'arrière-

plan. Donc, pour notre recherche, nous ne ferons pas de différence entre les deux conditions de traitement.

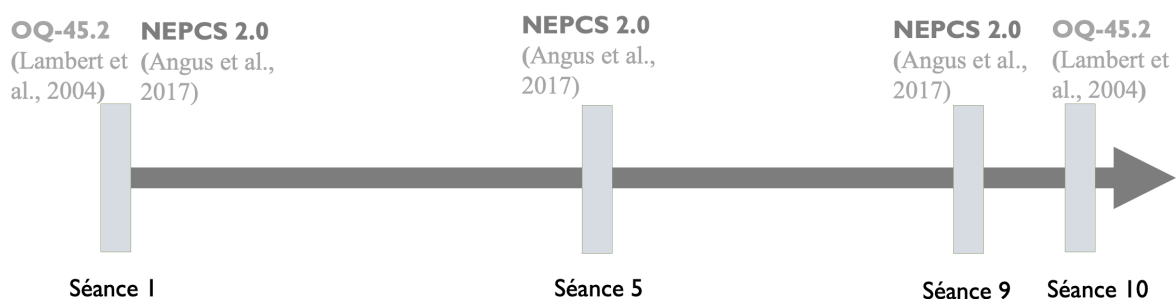
3.2.2 Thérapeutes

Les thérapeutes des 6 sessions sélectionnées faisaient également partie de la recherche primaire de Kramer et ses collègues (2014). Au total, 22 thérapeutes ont participé à cette étude, chacun ayant au moins un an de spécialisation en psychiatrie. Au début de l'étude et pendant la thérapie, ils-elles ont été formés selon le modèle GPM (Links et al., 2015). Tous les thérapeutes ont été supervisés tout au long de l'étude. Ces thérapeutes ont été recruté-e-s à partir d'un pool de thérapeutes travaillant à la clinique universitaire ambulatoire où l'étude a eu lieu.

Bien que la thérapie et les thérapeutes ne constituent pas l'objet de notre recherche, il est important de souligner la procédure de traitement et le moment où les différentes données ont été prises afin d'éviter les écueils méthodologiques. En résumé, chacun des 57 participant-e-s de l'étude originale (Kramer et al., 2014) a donc été traité sur une période de 3 mois avec une séance par semaine en moyenne. Les données collectées via l'OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) ont été recueillies dans la première et dans la dixième séance lors de la recherche originale. Les données recueillies en utilisant le NEPCS 2.0 (Angus et al., 2017) l'ont été des années plus tard, après la recherche originale, grâce à l'utilisation d'enregistrements de sessions, plus précisément les enregistrements des premières sessions, des cinquièmes sessions et des neuvièmes sessions. La Figure 2 donne un aperçu des moments de la thérapie où les mesures ont été prises.

Figure 2

Image montrant les moments où les mesures ont été prises pendant le traitement



Note. La flèche indique toute la durée du traitement (10 séances). Aux séances 1 et 10, l'OQ-45.2 a été administré, tandis que les enregistrements des séances 1, 5 et 9 ont été analysés à l'aide de NEPCS 2.0.

3.3 Mesures

3.3.1 *Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2)*

L'objectif était d'utiliser une mesure générale des résultats, pas nécessairement axée sur le TPB puisque l'accent est mis sur le processus qui s'est déroulé et non sur le résultat, le résultat étant seulement nécessaire pour comprendre si la thérapie a eu un effet ou non chez les participant-e-s. L'OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) est un questionnaire comprenant 45 énoncés, 36 items avec une formulation négative sur une échelle allant de 0 (jamais) à 4 (presque toujours) et 9 items avec une formulation positive sur une échelle allant de 0 (presque toujours) à 4 (jamais). La totalité des scores est donc comprise entre 0 et 180. Les items sont auto-reportés et les répondants doivent estimer la fréquence d'apparition de 45 symptômes, états émotionnels, relations interpersonnelles et fonctionnement des rôles sociaux au cours de la dernière semaine. Des scores plus proches de 180 révèlent une plus grande fréquence de symptômes, de problèmes interpersonnels et de dysfonctionnements sociaux, une moindre fréquence d'états émotionnels positifs et une moindre occurrence d'expériences positives. L'OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) présente une fiabilité de cohérence interne (alpha de Cronbach) de .93 et une fiabilité test-retest à 3 semaines de .84 (Lambert, 2015). Il présente également des coefficients de validité modérés à excellents entre l'OQ-45.2 et une variété d'autres instruments fréquemment utilisés dans la recherche sur les résultats de la psychothérapie (Lambert, 2015). Ainsi, il peut être considéré comme très bon à excellent du point de vue de la qualité psychométrique. Le score seuil distinguant le dysfonctionnement du fonctionnement normal est de 63. L'indice de changement fiable de l'OQ-45.2 est de 14 points. La définition de l'indice de changement fiable réside dans la différence du score au début de la thérapie par rapport au score à la fin de la thérapie ou pendant la thérapie, si elle est égale ou supérieure à 14 points, cela signifie que la thérapie a eu un effet favorable. La validité de cet indice a été étudiée par Beckstead et al. (2003) qui ont montré que cet indice est fiable pour délimiter un changement cliniquement significatif. C'est précisément cet indice de changement fiable que nous utiliserons pour diviser nos 6 cas en deux groupes, 3 améliorés (différence égale ou supérieure à 14) et 3 non améliorés (différence inférieure à 14). La version française utilisée de OQ-45.2 (Lambert et al, 2004), traduite par Emond et ses collègues (2004), se trouve à l'Annexe B.

3.3.2 *Narrative Emotion Process Coding System 2.0 (NEPCS 2.0)*

Le NEPCS version 2.0 (Angus et al., 2017) est l'outil de codage du modèle NEP (Greenberg & Angus, 2004) qui a été expliqué en détail dans l'introduction (Tableau 1). Il s'agit d'un outil permettant d'identifier les marqueurs du processus narratif-émotionnel du/de

la client-e dans les séances de psychothérapie enregistrées sur vidéo. Chaque séance de psychothérapie enregistrée sur vidéo est segmentée en intervalles de temps unitaires d'une minute et chaque minute est codée avec l'un des 10 marqueurs du NEPCS 2.0 ou avec le code NCM (*no client marker*), lorsqu'il s'agit uniquement du thérapeute qui parle ou lorsque la dyade fixe les dates des prochaines séances. Des études antérieures ont démontré de bons niveaux de fiabilité inter-juges avec un kappa de Cohen = 0.84 (Angus et al., 2017). Pour une consultation plus approfondie, l'intégralité du manuel NEPCS 2.0 (Angus et al., 2017) est disponible à l'Annexe B.

3.3.3 Codeurs du NEPCS 2.0 et procédure de codage

La sélection 6 participant-e-s est tirée d'une analyse plus large de 57 participant-e-s. Pour chaque participant, trois sessions ont été analysées : la première, la cinquième et la neuvième. Chaque session a été divisée en unités d'une minute et analysée à l'aide du NEPCS 2.0. Les codeurs du NEPCS 2.0 étaient 5 étudiant-e-s en dernière année de master en psychologie clinique. Tous les 5 ont suivi une formation hebdomadaire pendant environ 3 mois, dispensée par les deux créatrices du NEPCS 2.0, Lynne Angus et Tali Boritz, ainsi que par le superviseur du mémoire de master, qui avait déjà suivi une formation sur NEPCS 2.0 auparavant. En plus de la formation intensive, plusieurs sessions de supervision et de codage ont eu lieu pendant la période de codage avec les trois personnes qui ont formé les cinq étudiant-e-s. Le nombre total de sessions analysées était donc de 171 (57 x 3), toutes attribuées de manière aléatoire aux 5 codeurs. Quarante-cinq sessions sur ces 171 (environ 26%) ont été codées deux fois, donc par deux codeurs différents.

3.3.4 Accord inter-juges

Le double codage de ces 45 sessions a été nécessaire afin de pouvoir calculer l'accord interjuge. Les marqueurs de chaque session ont été convertis en fréquences et les corrélations intra-classes ont été calculées à partir de ces fréquences, ce qui a donné un accord moyen de $M = 0.868$, $SD = 0.159$, $W = 0.716$ avec $p < .001$ (M des IC à 95% limite inférieure = 0.820 ; M des IC à 95% limite supérieure = 0.916). Ces données montrent une bonne accord inter-juges, pour voir les analyses approfondies veuillez vous référer à l'Annexe A.

4 Résultats

Tout d'abord, des analyses descriptives et des chi carré ont été réalisés afin de pouvoir analyser comment la cohérence narrative diffère séance par séance et sur l'ensemble de la thérapie chez le groupe amélioré par rapport au groupe non amélioré (H1).

Des chi-carrés supplémentaires et des analyses descriptives sur les oscillations ont ensuite été réalisés pour analyser les différences de flexibilité narrative, séance par séance et sur l'ensemble de la thérapie, dans le groupe amélioré et dans le groupe non amélioré (H2).

Ensuite, des graphiques de mouvement entre les marqueurs des sessions individuelles moyennes et de la totalité de la thérapie ont été réalisées afin de pouvoir analyser au niveau qualitatif les modèles dynamiques dans le groupe amélioré et dans le groupe non amélioré (H3).

4.1 Analyses descriptives et quantitatives de la cohérence narrative

Afin d'analyser H1, à savoir si la proportion de marqueurs de transition et de changement est plus élevée au milieu et à la fin de la thérapie, en particulier pour le groupe amélioré par rapport au groupe non amélioré, nous avons commencé par des analyses descriptives. En examinant simplement les analyses descriptives (Tableau 3), nous pouvons voir que les proportions moyennes de marqueurs de problèmes diminuent tout au long de la thérapie (du début à la fin), tant pour le groupe amélioré que pour le groupe non amélioré. Les marqueurs de transition, en revanche, pour les deux groupes de patient-e-s, augmentent au cours de la thérapie. Alors que les marqueurs de changement ne sont pas présents dans le groupe non amélioré, dans le groupe amélioré ces marqueurs augmentent au cours de la thérapie. Ces analyses descriptives ont surtout servi à donner une vue d'ensemble des données, afin de comprendre comment se répartissait le nombre total de minutes dans les deux groupes et aux trois moments de la thérapie, et si les minutes appartenant aux différentes modalités étaient également réparties.

Tableau 3

Analyses descriptives des marqueurs moyens de problème, de transition et de changement dans les trois moments de thérapie du groupe amélioré et du groupe non amélioré

	Total des minutes	Marqueurs de problème total <i>M (ET)</i>	Marqueurs de transition total <i>M (ET)</i>	Marqueurs de changement total <i>M (ET)</i>
Amélioré				
Début	109	23.7 (11.9)	12.7 (7.09)	0.3 (0.6)
Milieu	106	15.3 (2.1)	18.3 (3.2)	1.7 (1.5)
Fin	113	6 (5.3)	27.3 (7.6)	4.3 (5.1)
Global	328	15 (10.1)	19.4 (8.4)	2.1 (3.2)
Non amélioré				
Début	125	32.7 (9.1)	9 (7.9)	0
Milieu	124	30 (6.2)	11.3 (5.1)	0
Fin	120	21.7 (8.5)	18.3 (12.7)	0
Global	369	28.1 (8.5)	12.9 (8.9)	0

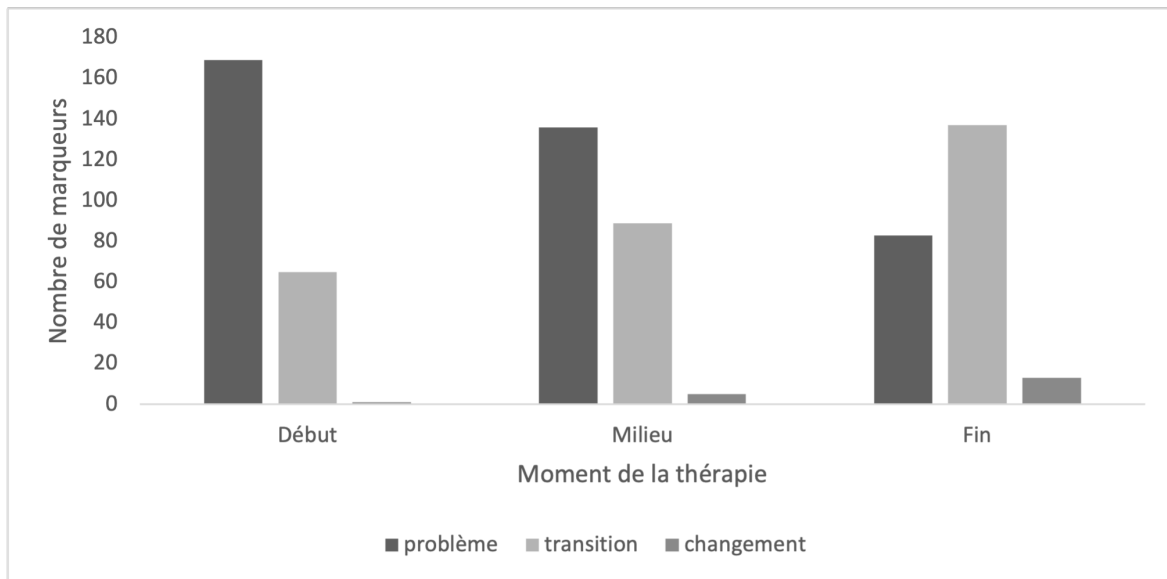
Note. Total des minutes = nombre total de minutes des 18 séances des 6 patients, divisé par groupe amélioré et groupe non amélioré et divisé par période de thérapie ; Les chiffres qui ne sont pas entre parenthèses sont les moyennes du nombre de marqueurs de problèmes, de transition et de changement, les chiffres entre parenthèses sont les écarts types.

Afin de vérifier si ces différences de proportions séance après séance étaient significatives et s'il existait des différences significatives entre les deux groupes, des chi carré ont été réalisés sur le programme *R Studio* Version 1.1.463 avec un *Mc OS X 10_16* (Apple, California). Tous les outputs et syntaxes du *R studio* des chi carrés se trouvent dans l'Annexe A.

Plusieurs chi carré ont été réalisés dont deux sur l'ensemble des données, le premier (4 x 3), 4 étant les catégories de marqueurs (*no client marker*, problématique, de transition, de changement), 3 étant les séances (début, milieu, fin), se révèle significatif avec $X^2 = 74.49$, $df = 6$, $p < .001$. Cela nous montre que pour les deux groupes de patient-e-s ensemble, les marqueurs de problème diminuent de session en session, tandis que les marqueurs de transition augmentent au cours de la thérapie, les marqueurs de changement augmentent également au cours de la thérapie (Figure 3).

Figure 3

Graphique à barres de l'ensemble des marqueurs de tous les patient-e-s au cours des trois sessions



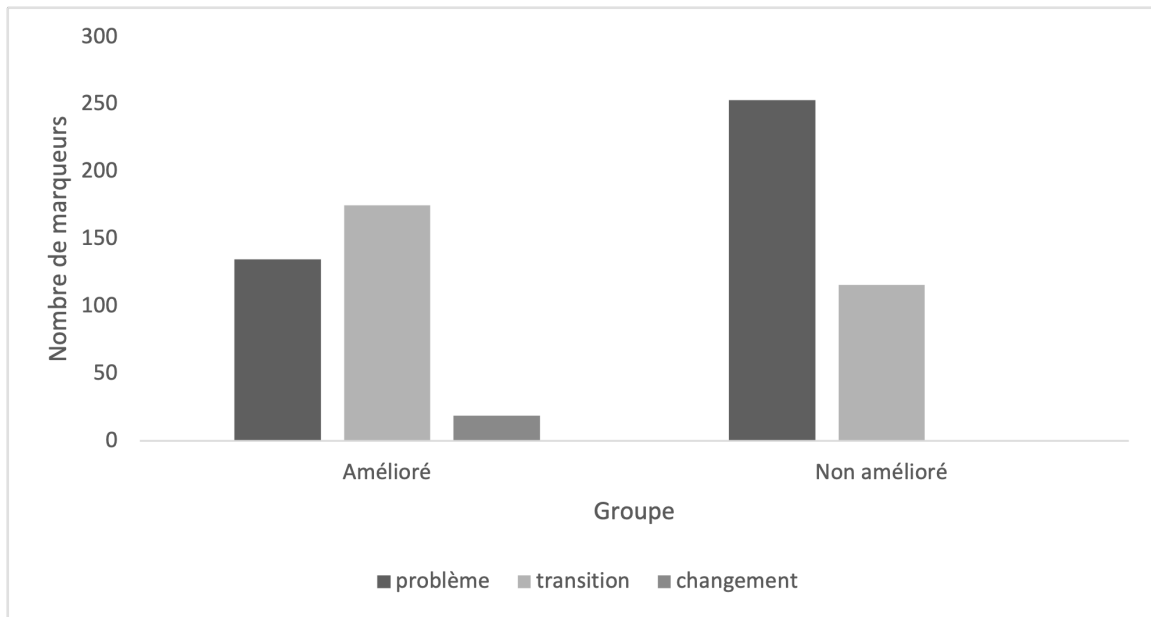
Note. Sur l'axe des y, le nombre de marqueurs, sur l'axe des x, le moment de la thérapie et les barres sont remplies avec le type de marqueur.

Le deuxième chi carré s'est intéressé uniquement aux différences entre les deux groupes sur l'ensemble de la thérapie (4 x 2). Quatre sont les catégories de marqueurs et 2 sont les groupes. Ce chi carré est également significatif avec $X^2 = 75.08$, $df = 3$, $p < .001$. Montrant que les marqueurs de problèmes sont plus présents dans le groupe non amélioré que dans le groupe amélioré. Alors que les marqueurs de transition et de changement sont globalement plus présents dans le groupe amélioré que dans le groupe non amélioré. (Figure 4)

Afin de valider ces résultats, deux autres chi carrés ont été réalisés, l'un uniquement sur les données du groupe amélioré, l'autre uniquement sur les données du groupe non amélioré. Ces deux chi-carrés, tous deux de 4 x 3 (catégories narratives x moment de la thérapie), étaient significatifs, pour le groupe amélioré avec $X^2 = 68.39$, $df = 6$, $p < .001$, pour le groupe non amélioré avec $X^2 = 18.07$, $df = 4$, $p < .005$; suggérant que le modèle de séance par séance, avec une diminution des marqueurs problématiques et une augmentation des marqueurs de transition, est valable pour les deux groupes également analysés séparément, avec la seule différence que dans le groupe amélioré il y a des marqueurs de changement qui augmentent au cours de la thérapie.

Figure 4

Graphique à barres de tous les marqueurs pendant toute la durée du traitement, en fonction des deux groupes



Note. Sur l'axe des y, le nombre de marqueurs, sur l'axe des x, le résultat de la thérapie, les barres remplies avec le type de marqueurs.

Pour voir si, dans les trois moments de la thérapie pris séparément, ce schéma diffère significativement dans le groupe amélioré par rapport au groupe non amélioré, trois autres chi carrés différents ont été réalisés, un uniquement sur les données des séances de début, un uniquement sur les données des séances de milieu et un uniquement sur les données des séances de fin. Le chi carré sur les premières sessions (4 x 2) était significatif avec $X^2 = 17.62$, $df = 3$, $p < .001$ nous montrant que les marqueurs de problèmes dans les premières sessions sont plus présents chez les groupe non amélioré, alors que les marqueurs de transition et de changement sont plus présents chez le groupe amélioré. Le chi carré sur les sessions du milieu (4 x 2) est également significatif, $X^2 = 24.96$, $df = 3$, $p < .001$, confirmant la différence entre les deux groupes en ce qui concerne les proportions de marqueurs de problèmes (plus présents chez le groupe non amélioré) et de marqueurs de transition et de changement (plus présents chez le groupe amélioré). Enfin dans le chi carré sur les sessions finales (4 x 2), nous reconfirmons cette même différence dans les proportions de marqueurs dans les deux groupes de manière significative avec $X^2 = 45.05$, $df = 3$, $p < .001$.

4.2 Analyses descriptives et quantitatives de la flexibilité narrative

Afin d'analyser H2, et donc de déterminer si la flexibilité narrative augmente au fil des sessions, en particulier pour le groupe amélioré par rapport au groupe non amélioré, les oscillations productives et improductives de l'ensemble des 18 sessions prises individuellement ont été analysées. Les oscillations productives correspondent au nombre de fois où un marqueur de problème a évolué vers un marqueur de transition ou de changement et où un marqueur positif (de transition ou de changement) a évolué vers un marqueur positif différent. Les fluctuations improductives, quant à elles, correspondent au nombre de fois où l'on passe d'un marqueur positif à un marqueur de problème ou d'un marqueur de problème à un autre, ou encore au nombre de fois où on se déplace dans le même marqueur de problème. Les déplacements d'un marqueur positif vers le même marqueur positif, en revanche, ont été marqués comme des oscillations non marqués. Tous les minutes *no client marker* ont été éliminés de l'analyse car ils ne nous donnent aucune information sur les fluctuations. L'Annexe C présente un exemple de la manière dont les oscillations (productives et improductives) pour une séance de l'un des 6 cas ont été dénombrées. Le même dénombrement a été effectué pour l'ensemble des 18 sessions.

Afin d'avoir un aperçu des moyennes et des écarts types des oscillations productives et improductives des séances des 6 patients, des analyses descriptives ont été réalisées avec *Excel* version 16.70 sur *Mc OS X 10_16* (Apple, California) (Tableau 4). En observant uniquement les moyennes, on constate que les oscillations improductives prédominent généralement sur les oscillations productives, sauf pour les dernières séances du groupe amélioré où les oscillations productives sont plus importantes. En général, cependant, d'une session à l'autre pour les deux groupes, les oscillations improductives ont tendance à diminuer tandis que les oscillations productives ont tendance à augmenter. De plus, en comparant les deux groupes, on constate que pour le groupe amélioré, les oscillations productives sont plus importantes que les oscillations productives du groupe non amélioré. En revanche, les fluctuations improductives du groupe non amélioré sont plus importantes que les fluctuations improductives du groupe non amélioré.

Pour voir si ces données sont statistiquement significatives, nous avons effectué plusieurs chis carrés : deux sur l'ensemble des données, un sur les données du groupe amélioré, un sur les données du groupe non amélioré, un sur les données des premières sessions, un sur les données des sessions du milieu, et un sur les données des sessions finales avec le programme *R Studio* Version 1.1.463 avec un *Mc OS X 10_16* (Apple, California). Tous les outputs et syntaxes du *R studio* des chi carrés se trouvent dans l'Annexe A.

Le premier chi carré réalisé sur l'ensemble des données (3 x 2) compare les trois séances avec les deux types d'oscillations. Ce chi carré est significatif avec $X^2 = 24.58$, $df = 2$, $p < .001$ nous montrant qu'en général pour les trois moments de la thérapie les oscillations improductives sont plus présentes que les oscillations productives et qu'au fil des séances les oscillations improductives diminuent alors que les oscillations productives augmentent.

Tableau 4

Analyses descriptives des oscillations productives et improductives dans les trois moments de la thérapie du groupe amélioré et du groupe non amélioré

	Groupe amélioré		Groupe non amélioré	
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>
Oscillations productives				
Début	6.7	4.04	5.3	4.9
Milieu	7.7	5.5	6	1.7
Fin	11	2.6	8.3	2.5
Oscillations improductives				
Début	23	11.5	31.7	9.1
Milieu	14.7	2.5	29	6.2
Fin	5.3	4.9	20.7	8.5

Note. Moyennes (*M*) et écarts types (*ET*) des oscillations des 18 séances des 6 patients divisés en groupes et en moments de la thérapie.

Le second chi carré (2 x 2) également significatif avec $X^2 = 24.89$, $df = 1$, $p < .001$ nous montre que pour les deux groupes, les fluctuations improductives sont plus présentes que les fluctuations productives. En termes de différences entre les deux groupes, on constate que pour le groupe amélioré les fluctuations productives sont plus importantes que les fluctuations productives du groupe non amélioré ; alors que pour le groupe non amélioré les fluctuations improductives sont plus importantes que les fluctuations improductives du groupe amélioré.

Afin de pouvoir analyser les différences au sein des sessions du groupe amélioré, un chi carré a été réalisé sur les données du groupe amélioré uniquement. Ce chi carré significatif

(3 x 2) avec $X^2 = 26.82$, $df = 2$, $p < .001$ nous montre que pour les séances du début et du milieu, les fluctuations improductives sont plus importantes que les fluctuations productives mais que pour les séances de la fin, les fluctuations productives sont plus importantes que les fluctuations improductives. En outre, les fluctuations improductives diminuent au fil des sessions, tandis que les fluctuations productives augmentent session après session.

Le même constat ne peut être fait pour le groupe non amélioré car le chi carré (3 x 2) est significatif avec $X^2 = 6.93$, $df = 2$, $p < .05$ nous montrant qu'aux trois moments de la thérapie les oscillations improductives prédominent sur les oscillations productives. Il faut cependant noter que même dans ce groupe, au fil des séances, les oscillations improductives diminuent tandis que les oscillations productives augmentent, mais pas suffisamment pour surmonter les oscillations improductives.

En ce qui concerne les différences entre les deux groupes dans les trois sessions prises individuellement, nous avons effectué trois chi carré supplémentaires, un sur les sessions initiales, un sur les sessions intermédiaires et un sur les sessions finales. Le chi carré (2 x 2) sur les sessions initiales était non significatif avec $X^2 = 2.17$, $df = 1$, $p = 0.14$ nous montrant qu'il n'y avait pas de différences significatives entre les fluctuations productives et improductives des deux groupes dans les sessions initiales. Le chi carré (2 x 2) des sessions intermédiaires est en revanche significatif avec $X^2 = 12.92$, $df = 1$, $p < .001$ montrant que pour le groupe amélioré les fluctuations improductives et productives sont similaires alors que pour le groupe non amélioré les fluctuations improductives sont beaucoup plus élevées que les fluctuations productives. Enfin, le chi carré (2 x 2) sur les dernières sessions significatif avec $X^2 = 19.11$, $df = 1$, $p < .001$ nous montre que pour le groupe non amélioré les fluctuations improductives restent plus élevées que les productives alors que pour le groupe amélioré c'est l'inverse, c'est-à-dire que les fluctuations productives sont plus élevées que les improductives.

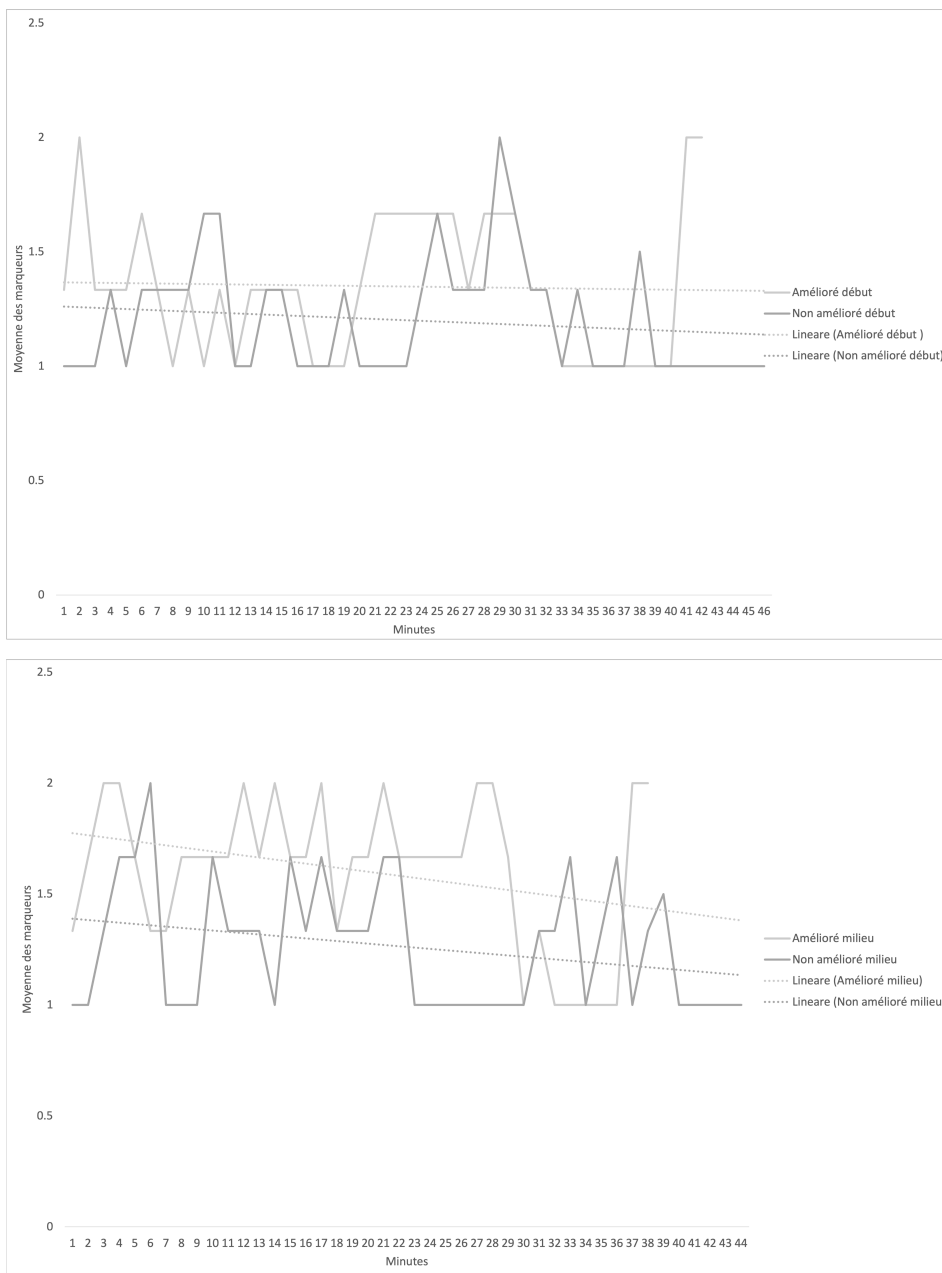
4.3 Analyses qualitatives des modèles dynamiques

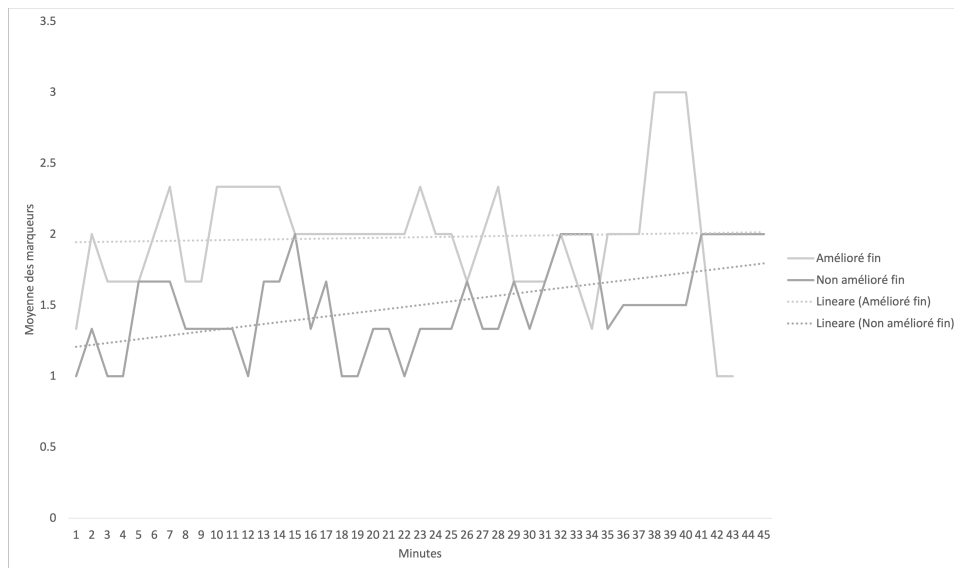
Des graphiques des mouvements émotionnels-narratifs ont été réalisés afin de pouvoir évaluer H3 et ont été décrits à un niveau qualitatif. Le NEPCS 2.0 (Angus et al., 2017) est conçu comme un outil catégoriel mais propose néanmoins une échelle ordinale à trois plans qui s'organise comme suit : 1 = marqueurs de problèmes, 2 = marqueurs de transition, 3 = marqueurs de changement. En nous inspirant des analyses de Pascual-Leone (2009) qui, à l'aide d'un instrument ordinal, analyse les mouvements dynamiques émotionnels pendant les séances (*in-session*), nous avons également analysé, à l'aide des graphiques des mouvements émotionnels-narratifs, les séances individuelles et l'ensemble de la thérapie du groupe amélioré et du groupe non amélioré.

Les descriptions des modèles ont été faites sur des graphiques fait avec *Excel* version 16.70 sur *Mc OS X 10_16* (Apple, California). Les trois premiers graphiques montrent les trois moments différents de la thérapie des deux groupes en comparaison (Figure 5).

Figure 5

Graphiques des modèles dynamiques des moyennes des marqueurs de problème, de transition et de changement du groupe amélioré et du groupe non amélioré aux trois moments de la thérapie





Note. Le premier graphique montre les premières sessions, le second les sessions du milieu et le dernier les sessions finales. Sur l'axe des y, la moyenne des marqueurs émotionnels-narratifs, sur l'axe des x, les minutes des séances. Les lignes indiquent les mouvements moyens pendant les séances des trois moments thérapeutiques des deux groupes en comparaison.

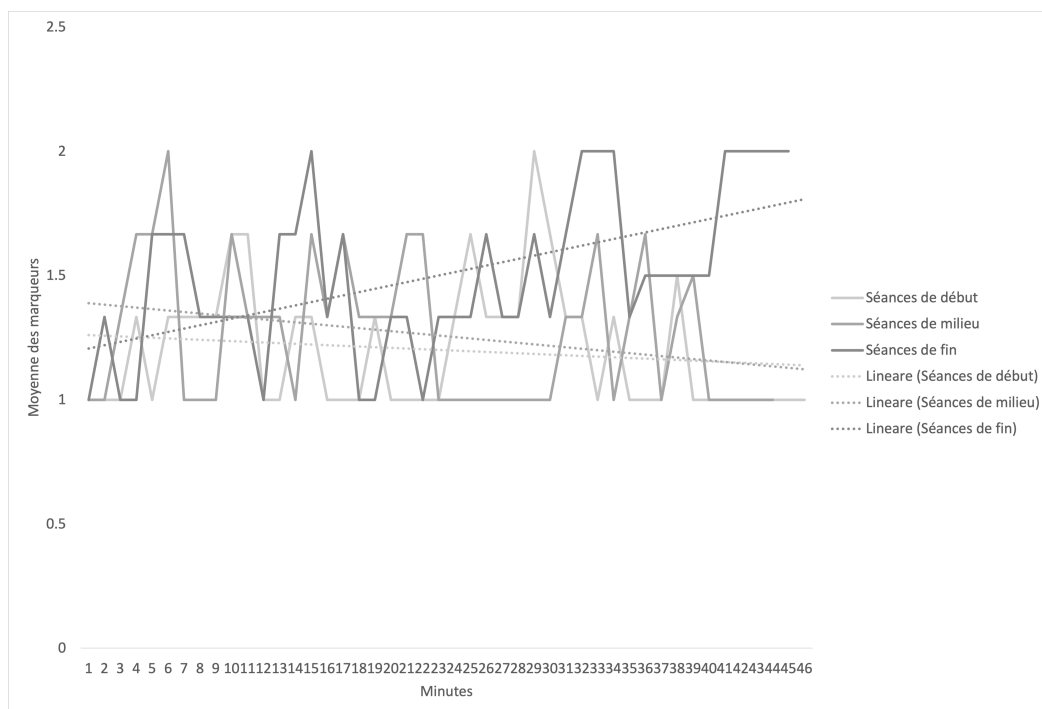
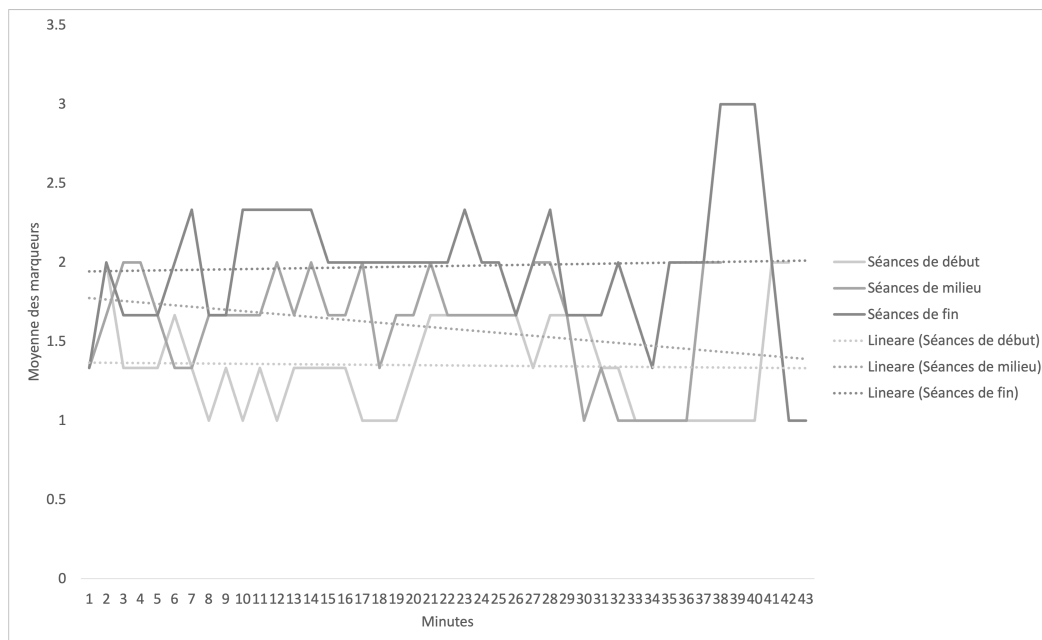
En observant les trois moments de la thérapie (début, milieu et fin) des deux groupes comparés (Figure 5), on peut constater diverses différences, dont certaines ont déjà pu être examinées avec les analyses quantitatives de la cohérence narrative et de la flexibilité narrative.

Ce que l'on peut ajouter à travers ces analyses qualitatives, c'est certainement l'existence d'oscillations continues au cours des séances. Dans les premières sessions, on observe une certaine similitude entre les deux groupes : les oscillations se chevauchent parfois et la pente du groupe non amélioré est négative alors que celle du groupe amélioré est plate. Dans les séances intermédiaires, les différences commencent à se manifester, les deux groupes oscillent avec une pente négative mais évoluent sur des trajectoires très différentes, le groupe amélioré oscille en moyenne dans une zone de marqueurs plus élevée que celle où oscille le groupe non amélioré. Dans les dernières sessions, on constate que les deux groupes oscillent dans des zones émotionnelles-narratives clairement séparées, le groupe amélioré oscillant cependant avec une pente plate tandis que le groupe non amélioré oscille avec une pente en dents de scie, donc avec une pente positive.

Afin de pouvoir analyser les deux groupes séparément, deux graphiques ont été créés, montrant les trois sessions ensemble du groupe amélioré et les trois sessions ensemble du groupe non amélioré (Figure 6).

Figure 6

Graphiques des modèles dynamiques des moyennes des marqueurs de problème, de transition et de changement des trois moments de la thérapie ensemble pour le groupe amélioré et le groupe non amélioré



Note. En haut, les trois moments de la thérapie du groupe amélioré, en bas, les trois moments de la thérapie du groupe non amélioré. Sur l'axe des y, la moyenne des marqueurs émotionnels-narratifs, sur l'axe des x, les minutes des séances. Les lignes indiquent les mouvements moyens pendant les séances des trois moments de thérapie des groupes pris séparément.

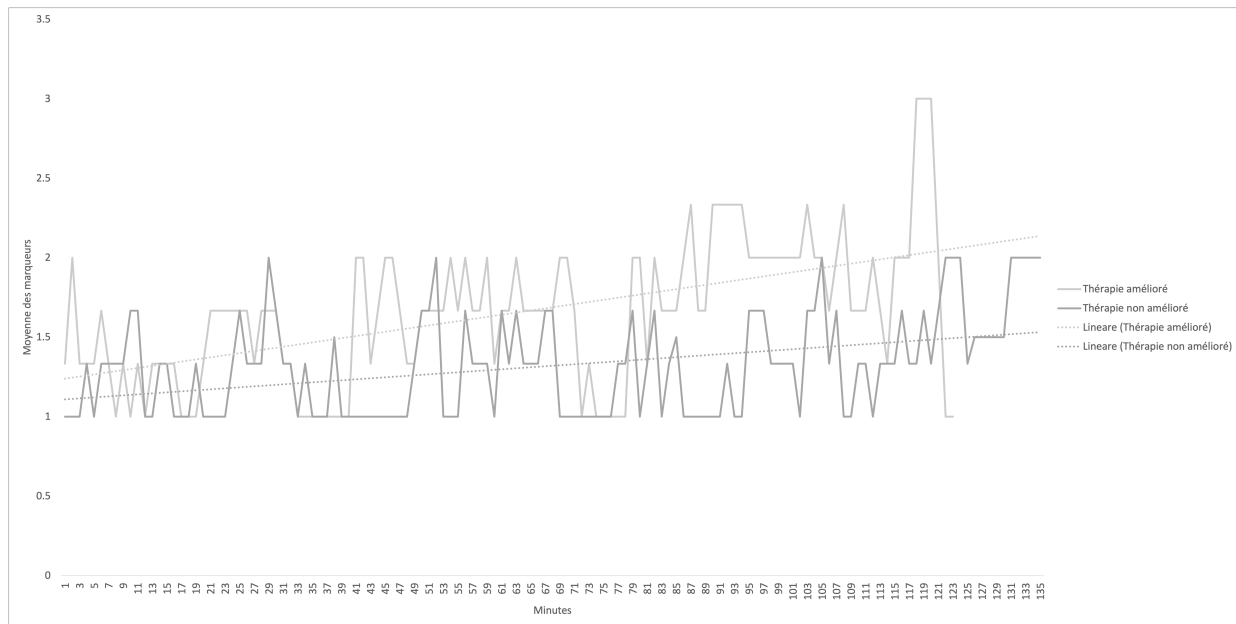
La Figure 6 nous permet de voir comment les deux groupes évoluent individuellement session après session. Nous pouvons voir comment le groupe amélioré (graphique en haut) dans les premières séances oscille avec une pente plate et dans une zone de narration émotionnelle basse, dans les séances intermédiaires au contraire ils s'élèvent au niveau de la zone de narration émotionnelle, oscillant négativement mais avec plus de marqueurs de transition et de changement de narration émotionnelle. Lors des dernières séances, les oscillations reviennent à une pente plate mais s'élèvent toujours au niveau de la zone dans laquelle elles se déplacent, montrant un schéma selon lequel, séance après séance, les oscillations se maintiennent mais s'élèvent lentement. Dans le groupe non amélioré (graphique en bas), on constate plutôt que la pente est négative lors de la séance initiale et de la séance intermédiaire, alors qu'elle est en dents de scie lors de la séance finale. Bien qu'il semble y avoir une amélioration d'une séance à l'autre, les trois moments de la thérapie se situent tous dans la même zone d'oscillation, en fait nous pouvons voir comment les trois lignes de pente se croisent et se chevauchent ; contrairement au groupe amélioré dans lequel les trois lignes de pente ne se touchent pas.

Afin d'analyser l'ensemble de la thérapie du groupe amélioré et du groupe non amélioré sans séparer les trois moments de la thérapie, un graphique a été créé à partir des mouvements moyens des marqueurs tout au long de la thérapie, c'est-à-dire les trois moments de la thérapie combinés en un seul graphique (Figure 7).

La Figure 7 montre que les deux groupes, considérés dans la thérapie dans son ensemble, présentent un schéma en dents de scie, une oscillation continue vers le haut et vers le bas avec une pente positive, mais que le groupe amélioré présente une pente beaucoup plus positive que le groupe non amélioré. On peut également constater que dans les deux premiers tiers de la thérapie, les deux groupes ont des oscillations similaires, qui ont tendance à se chevaucher par moments, alors que dans la dernière partie de la thérapie, on peut constater que les deux groupes deviennent plus éloignés l'un de l'autre.

Figure 7

Graphique des schémas dynamiques des moyennes des marqueurs de problèmes, de transition et de changement de l'ensemble de la thérapie du groupe amélioré et du groupe non amélioré



Note. Sur l'axe des y, la moyenne du marqueur, sur l'axe des x, les minutes de la thérapie. Les lignes indiquent les moyennes des mouvements émotionnels-narratifs de la thérapie du groupe amélioré et non amélioré.

5 Discussion

Notre recherche s'inscrit dans le cadre de la recherche sur les narrations des émotions en psychothérapie. Les narrations émotionnelles dans le TPB se manifestent souvent en thérapie comme incohérentes (Adler et al., 2012), fragmentées (Sajjadi et al., 2022) et avec peu d'agentivité (Lind et al., 2021). La recherche sur les processus liés aux résultats s'est souvent concentrée sur des conceptions méthodologiques qui postulent que l'amélioration thérapeutique est linéaire, perdant souvent de vue les modèles dynamiques qui peuvent se produire au cours des séances (Pascual-Leone, 2009).

L'objectif de notre recherche était donc d'explorer les processus émotionnels-narratifs de deux groupes de patient-e-s TPB, l'un considéré comme amélioré à la fin de la thérapie et l'autre non amélioré, afin de comprendre si les deux groupes présentaient des différences tout au long de la thérapie et des séances. Les différences ont été analysées non seulement au niveau des processus linéaires (évolution quantitative session après session), mais aussi au niveau des processus dynamiques non linéaires (évolution qualitative moment par moment).

Nos analyses se sont concentrées sur trois moments du traitement, le début, le milieu et la fin (trois séances représentatives de ces moments) et sur le traitement dans son ensemble. Trois processus ont été analysés : la cohérence narrative, la flexibilité narrative et les modèles dynamiques au sein des séances. Les résultats ont généralement confirmé nos hypothèses ; nous discutons ci-dessous des résultats liés à chaque hypothèse.

5.1 Discussion sur les résultats de H1

Le développement de la cohérence narrative au cours des séances individuelles et tout au long de la thérapie s'est avéré plus important dans le groupe amélioré que dans le groupe non amélioré. Les marqueurs indiquant une plus grande cohérence narrative (marqueurs de transition et de changement) étaient significativement plus nombreux dans le groupe amélioré que dans le groupe non amélioré. En revanche, les marqueurs problématiques, révélateurs d'une cohérence narrative plus réduite, étaient significativement plus présents dans le groupe non amélioré que dans le groupe amélioré.

Au niveau de la différence entre les moments de la thérapie, nous avons remarqué que pour les deux groupes, ils ont commencé avec plus de marqueurs problématiques et qu'au milieu et à la fin de la thérapie, ces marqueurs ont diminué, donnant plus de place aux marqueurs de transition. Pour le groupe non amélioré, aucun marqueur de changement ne s'est présenté, alors que pour le groupe amélioré, les marqueurs de changement ont augmenté tout au long des sessions.

Une tendance au changement linéaire de la cohérence narrative a donc été observée pour les deux groupes, dans laquelle les marqueurs de problèmes diminuent avec les sessions, tandis que les marqueurs de transition augmentent avec les sessions ; les marqueurs de changement augmentent également avec les sessions, mais seulement dans le groupe amélioré. Cette augmentation de la cohérence narrative était plus prononcée dans le groupe amélioré que dans le groupe non amélioré, en particulier au milieu et à la fin de la thérapie. Ceci est en accord avec notre première hypothèse.

Ces résultats sont en contraste avec la recherche d'Adler (2012) qui, dans son échantillon d'adultes, a trouvé que le thème de l'agentivité augmentait au cours de la psychothérapie mais que la cohérence narrative n'augmentait pas. Il est toutefois important de souligner que dans sa recherche, la cohérence narrative est uniquement codée sous forme d'analyse thématique, alors que dans notre cas, il a été utilisé une mesure portant non seulement sur le contenu des récits mais également sur la structure, ce qui pourrait expliquer la différence entre les deux résultats.

Bien que dans la recherche d'Adler (2012) la cohérence narrative n'ait pas augmenté au cours de la thérapie, dans la recherche d'Adler et ses collègues (2013) la cohérence narrative était significativement liée à des gains soudains, c'est-à-dire une amélioration rapide et substantielle des symptômes, ceci est proche des résultats de notre recherche, dans laquelle le groupe qui a augmenté le plus la cohérence narrative au cours de la thérapie était celui qui avait des symptômes améliorés à la fin de la thérapie par rapport à l'autre groupe.

Le concept de gains soudains fait partie des processus identifiés comme des changements discontinus qui prédisent l'amélioration des symptômes (Adler, 2012). En effet, bien que les gains soudains soient des améliorations, il s'agit d'améliorations qui se produisent de manière non linéaire par rapport à la tendance générale de l'évolution des symptômes au cours du traitement (Hayes et al., 2007). La contrepartie négative de ces gains soudains peut être ce que certains auteurs-autrices appellent des "pics de dépression" (Hayes et al., 2007), c'est-à-dire des oscillations négatives soudaines et non linéaires de la symptomatologie. Les concepts de gains soudains et de "pics de dépression", bien qu'ils se concentrent sur la symptomatologie, peuvent être reliés aux oscillations négatives et positives que nous avons analysées. Ces deux types d'oscillations (de symptômes et d'expressions émotionnelles-narratives) ne peuvent pas être notés dans les analyses pré-post traitement des données de groupe. Dans ce qui suit, nous discutons donc des oscillations que nous avons pu analyser grâce à notre méthodologie de cas multiples.

5.2 Discussion sur les résultats de H2

Notre hypothèse selon laquelle la cohérence narrative pouvait évoluer tout au long de la thérapie différemment selon les groupes a été confirmée, mais notre recherche s'est également intéressée à l'évolution de la flexibilité narrative dans les différents groupes tout au long de la thérapie.

Grâce à l'analyse des oscillations productives et improductives entre les marqueurs émotionnels-narratifs, nous avons pu constater que la flexibilité narrative augmentait significativement pour les deux groupes, mais surtout pour le groupe amélioré par rapport au groupe non amélioré. La différence entre les deux groupes n'est pas significative lors des premières séances, alors qu'au milieu et à la fin des séances, la flexibilité narrative du groupe amélioré est significativement plus élevée que celle du groupe non amélioré.

Le concept de cohérence narrative que nous avons analysé tend vers le besoin humain d'unité (Adler, 2012) alors que le concept de flexibilité tend vers la multiplicité (Boritz et al., 2017), les deux concepts peuvent donc sembler en opposition. En réalité, les deux processus sont aussi importants l'un que l'autre dans la thérapie et, en fait, les deux processus étaient

plus présents dans le groupe amélioré que dans le groupe non amélioré. Alors que d'un côté nous avons la cohérence narrative qui vise la cohérence temporelle (intégration du moi passé, du moi présent et du moi futur potentiel) (Habermas & Bluck, 2000), de l'autre côté nous avons la flexibilité narrative qui vise la discontinuité temporelle, une déstabilisation qui ouvre la voie à de nouvelles façons de se raconter (Boritz et al., 2017). Comme dans la recherche de Hayes et collègues (2007) dans laquelle les récits des patients avec un "pic de dépression" présentaient un traitement cognitif-émotionnel plus important pendant cette période d'oscillation négative que ceux sans "pic de dépression". La flexibilité, dans ce cas symptomatique, a conduit à des récits plus élaborés sur le plan émotionnel.

La narration appropriée qui peut conduire à un meilleur résultat est donc une narration qui dialogue entre cohérence et flexibilité, entre acceptation et changement, comme dans le modèle de thérapie comportementale dialectique (TCD) (Lynch et al., 2006), un modèle particulièrement appliqué aux patients souffrant de TPB (Linehan et al., 1999).

Ce dialogue est continu, il fait partie d'un processus (Angus & Hardtke, 1994), c'est pourquoi nous n'avons pas seulement analysé l'évolution de la flexibilité narrative au cours de la thérapie mais aussi ce qui se cache derrière ce processus qui, vu de loin, sur l'ensemble de la thérapie, peut sembler linéaire.

5.3 Discussion sur les résultats de H3

On a pu constater que, tant pour le groupe amélioré que pour le groupe non amélioré, il y avait une progression globale tout au long de la thérapie, plus précisément un modèle en "dents de scie" (Pascual-Leone, 2009), mais ce schéma était plus marqué chez le groupe amélioré.

En analysant individuellement les schémas des oscillations moyennes entre les marqueurs émotionnels narratifs du groupe non amélioré, nous avons pu constater que dans les premières sessions et les sessions du milieu, il y avait un schéma "un pas en avant et deux pas en arrière" (pente négative) tandis que dans les dernières sessions, il y avait un schéma en dents de scie (pente positive). Dans le groupe amélioré, en revanche, les premières sessions présentaient une pente plate ("un pas en avant et un pas en arrière"), les sessions du milieu une pente négative comme dans le groupe non amélioré, et les dernières sessions toujours une pente plate. Alors que les schémas des sessions individuelles ne confirment pas notre troisième hypothèse, les schémas de l'ensemble de la thérapie sont plus cohérents avec notre troisième hypothèse.

Bien que les schémas des séances individuelles ne confirment pas notre hypothèse, ils nous montrent ce qui a été décrit précédemment comme un dialogue entre l'acceptation et le

changement. En effet, dans les sessions individuelles du groupe amélioré, nous avons au début une stabilité (acceptation), puis lors des sessions du milieu un changement et dans les dernières sessions à nouveau une stabilité (acceptation). Ceci est comparable à ce que nous avons dans le contexte théorique défini comme l'archétype de la quête du héros (Duffy, 2010). Au départ, il y a une stabilité mais dans des récits problématiques (pente plate), puis le système est "perturbé" par la thérapie et un processus d'oscillation commence entre les anciens paradigmes et les nouveaux qui commencent à émerger (pente négative mais dans de nouvelles zones narratives), jusqu'au moment final où le système s'installe dans un nouvel état dynamique stable (pente plate mais en dehors des anciens paradigmes).

En revanche, les séances individuelles du groupe non amélioré ont une pente négative jusqu'au milieu de la thérapie et une pente positive à la fin, elles passent d'un extrême à l'autre, il y a uniquement de la discontinuité et de la fragmentation et aucune stabilité. Le dialogue ne se fait qu'avec le changement, ou plutôt avec la cyclicité, car les oscillations se font toujours autour des mêmes types de récits, ce que certains auteurs-auteurs ont appelé la "temporalité borderline". Une temporalité faite d'événements ponctuels sans liens entre eux, une existence qui vacille entre ces points toujours identiques, changeant mais restant immobile (Fuchs, 2007).

Notre recherche aspire donc non seulement à s'inscrire dans les méthodes de recherche sur l'étude de l'identité narrative (Adler et al., 2017) mais aussi de manière plus large à s'inscrire dans un tout nouveau contexte de recherche de la science complexe appliquée à l'intégration psychothérapeutique (Gelo & Salvatore, 2016). La science complexe, appliquée aux facteurs communs de tous les types de psychothérapie, considère les processus thérapeutiques comme dynamiques, non linéaires et systémiques (Schiepek & Pincus, 2023). Pour pouvoir analyser ces processus, il faut donc une méthodologie qui permette une analyse approfondie des processus moment par moment, ce qui, dans notre cas, a été une analyse de cas multiples, qui, avec ses avantages, présente des limites potentielles.

5.4 Limites et biais

Nous sommes donc conscients que le nombre de participants reste trop faible pour pouvoir généraliser nos données ou même établir un modèle qui explique le processus de changement en psychothérapie. Cependant, les analyses effectuées étaient adéquates pour le nombre de participants et ont permis, bien que principalement de manière qualitative, d'analyser des processus qui passeraient peut-être inaperçus avec des analyses quantitatives sur de grands échantillons. Nous avons cependant essayé de maintenir une rigueur scientifique qui évite les biais de sélection et les biais de codage déterminés par les hypothèses initiales,

puisque les codages ont été effectués non seulement sur ces 6 participant-e-s mais aussi sur 57 autres. En outre, les mesures qui déterminaient la symptomatologie et les résultats de la thérapie ont été cachées aux codeurs pendant le codage. De plus, les codages ont été effectués par 5 personnes formées et supervisées, avec un pourcentage adéquat de doubles codages pour pouvoir analyser l'accord inter-juges, qui s'est avéré très bon. Sur cette base, on peut dire que malgré la nature qualitative de la collecte de données, les critères de validité et de fidélité ont été tentés d'être respectés dans la mesure du possible dans le cadre d'une recherche utilisant de nombreuses mesures qualitatives. Cependant, en partant d'une solide rigueur méthodologique dans la collecte et le codage des données, d'autres limites peuvent être identifiées dans les étapes suivantes. Par exemple, le fait que la comparaison entre les sessions et entre les groupes de participant-e-s est légèrement déformée en raison de la durée inégale des 18 sessions. Cependant, cela fait partie de la réalité dans le domaine clinique où les sessions sont rarement d'une durée parfaitement égale à la minute près, nous considérons donc ces imprécisions comme faisant partie d'une forme de validité écologique. Une autre limite qu'il est important de mentionner est le fait que nous n'avons sélectionné que trois sessions pour représenter trois moments majeurs de la thérapie (début, milieu et fin) et pour représenter la totalité de la thérapie. De plus, la thérapie est courte et spécifique, d'une part cela nous montre que le modèle *NEP* (Greenberg & Angus, 2004) est également applicable aux thérapies courtes et psychiatriques, d'autre part cela nous empêche de tirer des conclusions en dehors de notre contexte thérapeutique spécifique. Enfin, nous citons également comme limitation l'absence d'un groupe de contrôle qui nous permettrait de comparer non seulement deux groupes TPB mais par exemple un groupe TPB à un groupe sain ou à un groupe qui suit une psychothérapie avec un autre diagnostic que le TPB. Là encore, nous devons nous limiter à tirer des conclusions uniquement sur notre échantillon de patient-e-s, qui, bien que limité en nombre et en critères de comparaison, nous a conduit à des résultats intéressants.

5.5 Perspectives futures

En partant précisément de ces limites, nous pouvons esquisser diverses recherches futures qui pourraient être en mesure de faire avancer ce que nous avons commencé comme une première étape dans la recherche des processus émotionnels-narratifs dans le TPB. Tout d'abord, des recherches comparant des échantillons de patients-e-s TPB avec des groupes ayant des diagnostics différents ou des groupes qui n'atteignent pas les seuils cliniques dans les différentes mesures de sévérité des troubles. Ou encore, des recherches pourraient être menées dans lesquelles l'attention est portée sur l'approche psychothérapeutique administrée et, par exemple, en comparant différents groupes de patient-e-s TPB dans différentes

psychothérapies, afin de valider ou non le postulat selon lequel les processus émotionnels-narratifs ne dépendent pas du type de thérapie. D'autres recherches pourraient utiliser des méthodes différentes de celles que nous avons utilisées afin de distinguer les différences dans les résultats de la psychothérapie (et pas seulement l'utilisation d'un outil pour diviser les deux groupes). Nous pourrions également évoquer des recherches qui analysent toutes les séances de thérapie ou qui sélectionnent différentes séances. Il serait également intéressant de mener des recherches sur une plus longue période, peut-être avec des psychothérapies plus longues et avec des mesures de suivi après la fin de la thérapie.

Un autre type de recherches, encore plus qualitatives que celle que nous avons menée, pourrait analyser les processus émotionnels-narratifs au cas par cas, sans tout ramener à des moyennes comme nous l'avons fait. Une analyse approfondie au cas par cas pourrait également permettre d'ajouter la variable du thérapeute et de l'interaction thérapeute-patient-e, une variable qui permettrait d'élargir et de compléter ce que nous avons mentionné précédemment comme des modèles dynamiques et systémiques (Schiepek & Pincus, 2023).

De toute manière, toutes ces recherches devront être également quantitatives pour pouvoir confirmer et généraliser le modèle *NEP* (Greenberg & Angus, 2004) et en faire un instrument validé et utilisable dans des domaines de plus en plus divers. Un modèle qui, en plus d'être un moyen d'évaluer à quel stade du traitement on se trouve, peut aussi se transformer en une technique thérapeutique intégrative et constituer un outil thérapeutique à part entière pour les patient-e-s atteint-e-s de TPB.

Dans le cadre clinique, ce type de modèle et notre recherche aident tout d'abord à prendre conscience du fait qu'il y a des "pas en arrière" et qu'ils font partie du processus thérapeutique, cela peut certainement être une information qui peut apaiser les professionnels qui ont l'impression de ne jamais pouvoir progresser dans leur travail avec les patiente-e-s TPB (Bodner et al., 2011). Deuxièmement, en appliquant notre recherche au niveau clinique, on peut affirmer que le modèle *NEP* (Greenberg & Angus, 2004) et en particulier le *NEPCS 2.0* (Angus et al., 2017) peut être un outil valide pour pouvoir comprendre si le progrès dans la psychothérapie a lieu, si les marqueurs problématiques diminuent et si les marqueurs de transition et de changement apparaissent et augmentent tout au long des sessions thérapeutiques. En outre nous pourrions comprendre si un changement a lieu ou non à travers l'analyse de la flexibilité narrative, c'est-à-dire les mouvements productifs et improductifs au cours des séances. Dans tous les cas, tant pour les patient-e-s amélioré-e-s que pour les patient-e-s non amélioré-e-s, il semble y avoir une progression le long des séances, bien que pour les patient-e-s amélioré-e-s cette progression soit plus prononcée. Cependant, nous

pouvons conclure cette partie des perspectives futures en affirmant que la psychothérapie apporte des changements et que ces changements, même s'ils ne sont pas toujours significatifs et semblent parfois aller dans l'autre sens, peuvent modifier les récits des patient-e-s et donc potentiellement transformer le sens qu'ils se donnent à eux-mêmes et à la réalité qui les entoure. Tant au niveau méthodologique dans la recherche qu'au niveau clinique dans la sphère professionnelle, nous pouvons viser un changement de paradigme, non seulement l'accent doit rester sur les changements "du début à la fin" qu'une thérapie peut produire, mais il doit se déplacer vers une analyse en profondeur des processus qui sont produits au cours du cheminement thérapeutique. Les processus qui peuvent même se manifester comme linéaires, mais qui, selon la nature de la psychothérapie, sont constitués d'échanges continus, de rétroactions, d'adaptations entre le/la patient-e-s et le/la thérapeute, sont beaucoup plus susceptibles d'être des processus systémiques dynamiques et non linéaires (Schiepek & Pincus, 2023).

5.6 Conclusion

Notre recherche a donc tenté d'accroître les connaissances actuelles dans le domaine des processus émotionnels-narratifs lors des séances et tout au long de la thérapie brève avec des patient-e-s diagnostiqués avec le TPB. Nous avons pu montrer que la cohérence narrative et la flexibilité narrative changent au cours de la thérapie d'une manière qui semble presque linéaire, à la fois pour le groupe qui a montré une amélioration à la fin de la thérapie et pour le groupe qui n'a pas montré d'amélioration à la fin de la thérapie, bien que de manière plus marquée pour ceux dont le résultat est amélioré. Ces changements au cours de la thérapie cachent un cheminement dynamique non linéaire avec diverses oscillations au fil des séances, des retours en arrière nécessaires pour avancer dans l'histoire du/de la patient-e. Nous avons pu montrer que le modèle *NEP* (Greenberg & Angus, 2004) est également applicable à une thérapie à court terme avec des patient-e-s TPB. Notre travail apporte donc à la littérature scientifique un premier pas, espérons-le "un pas en avant", vers la recherche sur les processus narratifs-émotionnels chez les patients TPB. Un diagnostic qui a parfois été étiqueté comme chronique, cyclique, avec peu de progrès, mais qui, comme dans la quête du héros (Duffy, 2010) doit d'abord passer par des obstacles et des oscillations afin de pouvoir pointer vers de nouveaux récits plus cohérents et plus flexibles de sa propre histoire.

6 Références

- Adler, J. M. (2012). Living into the story: Agency and coherence in a longitudinal study of narrative identity development and mental health over the course of psychotherapy. *Journal of Personality and Social Psychology, 102*(2), 367.
<https://doi.org/10.1037/a0025289>
- Adler, J. M., Chin, E. D., Kolisetty, A. P., & Oltmanns, T. F. (2012). The distinguishing characteristics of narrative identity in adults with features of borderline personality disorder: An empirical investigation. *Journal of Personality Disorders, 26*(4), 498-512.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.498>
- Adler, J. M., Dunlop, W. L., Fivush, R., Lilgendahl, J. P., Lodi-Smith, J., McAdams, D. P., ... & Syed, M. (2017). Research methods for studying narrative identity: A primer. *Social Psychological and Personality Science, 8*(5), 519-527.
<https://doi.org/10.1177/1948550617698202>
- Adler, J. M., Harmeling, L. H., & Walder-Biesanz, I. (2013). Narrative meaning making is associated with sudden gains in psychotherapy clients' mental health under routine clinical conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(5), 839.
<https://doi.org/10.1037/a0033774>
- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry, 12*(2), 94-104.
<https://doi.org/10.1080/10673220490447218>
- Aleixo, A., Pires, A. P., Angus, L., Neto, D., & Vaz, A. (2021). A review of empirical studies investigating narrative, emotion and meaning-making modes and client process markers in psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 51*, 31-40.
<https://doi.org/10.1007/s10879-020-09472-6>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0271>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

- Angus, L. E., & McLeod, J. (2004). Toward an integrative framework for understanding the role of narrative in the psychotherapy process. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 367–374). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412973496.d27>
- Angus, L. E., Boritz, T., Bryntwick, E., Carpenter, N., Macaulay, C., & Khattra, J. (2017). The Narrative-Emotion Process Coding System 2.0: A multi-methodological approach to identifying and assessing narrative-emotion process markers in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 27(3), 253-269. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1238525>
- Angus, L., & Hardtke, K. (1994). Narrative processes in psychotherapy. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 35(2), 190. <https://doi.org/10.1037/0708-5591.35.2.190>
- Angus, L., Levitt, H., & Hardtke, K. (1999). The narrative processes coding system: Research applications and implications for psychotherapy practice. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1255-1270. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199910\)55:10<1255::AID-JCLP7>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199910)55:10<1255::AID-JCLP7>3.0.CO;2-F)
- Angus, L., Lewin, J., Boritz, T., Bryntwick, E., Carpenter, N., Watson-Gaze, J., & Greenberg, L. (2012). Narrative processes coding system: A dialectical constructivist approach to assessing client change processes in emotion-focused therapy of depression. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 15(2), 54-61. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2012.105>
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249-256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- Beckstead, D. J., Hatch, A. L., Lambert, M. J., Eggett, D. L., Goates, M. K., & Vermeersch, D. A. (2003). Clinical significance of the Outcome Questionnaire (OQ-45.2). *The Behavior Analyst Today*, 4(1), 86. <https://doi.org/10.1037/h0100015>

- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *52*(5), 548-555.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.10.004>
- Boritz, T. Z., Angus, L., Monette, G., Hollis-Walker, L., & Warwar, S. (2011). Narrative and emotion integration in psychotherapy: Investigating the relationship between autobiographical memory specificity and expressed emotional arousal in brief emotion-focused and client-centred treatments of depression. *Psychotherapy Research*, *21*(1), 16-26. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.504240>
- Boritz, T. Z., Bryntwick, E., Angus, L., Greenberg, L. S., & Constantino, M. J. (2014). Narrative and emotion process in psychotherapy: An empirical test of the Narrative-Emotion Process Coding System (NEPCS). *Psychotherapy Research*, *24*(5), 594-607.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2013.851426>
- Boritz, T., Barnhart, R., Angus, L., & Constantino, M. J. (2017). Narrative flexibility in brief psychotherapy for depression. *Psychotherapy Research*, *27*(6), 666-676.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1152410>
- Bowlby, J. (1979). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, *2*(4), 637-638. <https://10.1017/S0140525X00064955>
- Carpenter, N., Angus, L., Paivio, S., & Bryntwick, E. (2016). Narrative and emotion integration processes in emotion-focused therapy for complex trauma: An exploratory process-outcome analysis. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, *15*(2), 67-94.
<https://doi.org/10.1080/14779757.2015.1132756>
- Caspar, F. (2019). Plan analysis and the motive-oriented therapeutic relationship. In *Case Formulation for Personality Disorders* (pp. 265-290). Academic Press.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813521-1.00014-X>
- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, *11*(3), 186-191. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00246.x>

- Daniel, S. I. (2011). Adult attachment insecurity and narrative processes in psychotherapy: An exploratory study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(6), 498-511.
<https://doi.org/10.1002/cpp.704>
- De Meulemeester, C., Lowyck, B., Vermote, R., Verhaest, Y., & Luyten, P. (2017). Mentalizing and interpersonal problems in borderline personality disorder: The mediating role of identity diffusion. *Psychiatry Research*, 258, 141-144.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.061>
- Duffy, J. T. (2010). A heroic journey: Re-conceptualizing adjustment disorder through the lens of the hero's quest. *Journal of Systemic Therapies*, 29(4), 1-16.
<https://doi.org/10.1521/jsyt.2010.29.4.1>
- Emond, C., Savard, K., Lalande, G., Boisvert, N., Boutin, M., & Simard, V. (2004). Propriétés psychométriques de la Mesure de l'Impact (MI-45), version francophone du Outcome Questionnaire-45 (OQ-45.2) [Psychometric characteristics of the OQ-45, French Version]. In *American College of Foot and Ankle Surgeons conference, Montreal, QC*.
<https://doi.org/10.1037/cbs0000138>
- Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning*. Simon and Schuster.
https://www.nomanszone.org/pdf/Mans_Search_for_Meaning.pdf
- Friedlander, M. L., Angus, L., Wright, S. T., Günther, C., Austin, C. L., Kangos, K., ... & Khattra, J. (2018). "If those tears could talk, what would they say?" Multi-method analysis of a corrective experience in brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 28(2), 217-234. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1184350>
- Fuchs, T. (2007). Fragmented selves: Temporality and identity in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 40(6), 379-387. <https://doi.org/10.1159/000106468>
- Gallese, V., & Wojciewowski, H. (2011). How stories make us feel: Toward an embodied narratology. *California Italian Studies*, 2(1).
<https://doi.org/10.5070/C321008974>

- Gelo, O. C. G., & Salvatore, S. (2016). A dynamic systems approach to psychotherapy: A meta-theoretical framework for explaining psychotherapy change processes. *Journal of Counseling Psychology, 63*, 379–395. <https://doi.org/10.1037/cou0000150>
- Gonçalves, M. M., & Stiles, W. B. (2011). Narrative and psychotherapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research, 21*(1), 1-3. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.534510>
- Gonçalves, Ó. F., & Machado, P. P. (1999). Cognitive narrative psychotherapy: Research foundations. *Journal of Clinical Psychology, 55*(10), 1179-1191. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199910\)55:10<1179::AID-JCLP2>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199910)55:10<1179::AID-JCLP2>3.0.CO;2-L)
- Graci, M. E., & Fivush, R. (2017). Narrative meaning making, attachment, and psychological growth and stress. *Journal of Social and Personal Relationships, 34*(4), 486-509. <https://doi.org/10.1177/0265407516644066>
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion–focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 11*(1), 3-16. <https://doi.org/10.1002/cpp.388>
- Greenberg, L., & Angus, L. (Eds.) (2004). *The contributions of emotion processes to narrative change in psychotherapy: A dialectical constructivist approach*. SAGE Publications, Inc., <https://doi.org/10.4135/9781412973496>
- Gunderson, J., Masland, S., & Choi-Kain, L. (2018). Good psychiatric management: a review. *Current Opinion in Psychology, 21*, 127-131. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2017.12.006>
- Habermas, T., & Bluck, S. (2000). Getting a life: the emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin, 126*(5), 748. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.5.748>
- Hayes, A. M., Laurenceau, J. P., Feldman, G., Strauss, J. L., & Cardaciotto, L. (2007). Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical Psychology Review, 27*(6), 715-723. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.008>

- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2011). Struggling to recover by changing suicidal behaviour: Narratives from women with borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(3), 165-173. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00713.x>
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134(4), 782-793. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3677>
- Khattra, J., Angus, L., Macaulay, C. B., & Carpenter, N. (2020). Narrative-emotion process markers in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Constructivist Psychology*, 33(1), 89-102. <https://doi.org/10.1080/10720537.2018.1546155>
- Kliethermes, M., Schacht, M., & Drewry, K. (2014). Complex trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(2), 339-361. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.009>
- Kramer, U., Keller, S., Caspar, F., de Roten, Y., Despland, J. N., & Kolly, S. (2017). Early change in coping strategies in responsive treatments for borderline personality disorder: A mediation analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(5), 530. <https://doi.org/10.1037/ccp0000196>
- Kramer, U., Kolly, S., Berthoud, L., Keller, S., Preisig, M., Caspar, F., ... & Despland, J. N. (2014). Effects of motive-oriented therapeutic relationship in a ten-session general psychiatric treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(3), 176-186. <https://doi.org/10.1159/000358528>
- Lakoff, G. (2012). Explaining embodied cognition results. *Topics in Cognitive Science*, 4(4), 773-785. <https://doi.org/10.1111/j.1756-8765.2012.01222.x>
- Lambert, M. J. (2015). Progress feedback and the OQ-system: The past and the future. *Psychotherapy*, 52(4), 381. <https://doi.org/10.1037/pst0000027>
- Lambert, M. J., Gregersen, A. T., & Burlingame, G. M. (2004). The Outcome Questionnaire-45. <https://psycnet.apa.org/record/2004-14941-006>

- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Lind, M., Jørgensen, C. R., Heinskou, T., Simonsen, S., Bøye, R., & Thomsen, D. K. (2019). Patients with borderline personality disorder show increased agency in life stories after 12 months of psychotherapy. *Psychotherapy*, 56(2), 274. <https://doi.org/10.1037/pst0000184>
- Lind, M., Thomsen, D. K., Bøye, R., Heinskou, T., Simonsen, S., & Jørgensen, C. R. (2019). Personal and parents' life stories in patients with borderline personality disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*, 60(3), 231-242. <https://doi.org/10.1111/sjop.12529>
- Lind, M., Vanwoerden, S., Bo, S., & Sharp, C. (2021). Borderline personality disorder in adolescence: The role of narrative identity in the intrapsychic reasoning system. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. <https://doi.org/10.1037/per0000517>
- Lind, M., Vanwoerden, S., Penner, F., & Sharp, C. (2019). Inpatient adolescents with borderline personality disorder features: Identity diffusion and narrative incoherence. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(4), 389. <https://doi.org/10.1037/per0000338>
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8(4), 279-292. <https://doi.org/10.1080/105504999305686>
- Links, P. S., Ross, J., & Gunderson, J. G. (2015). Promoting good psychiatric management for patients with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71(8), 753-763. <https://doi.org/10.1002/jclp.22203>
- Luyten, P., Campbell, C., & Fonagy, P. (2020). Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social-communicative approach. *Journal of Personality*, 88(1), 88-105. <https://doi.org/10.1111/jopy.12483>

- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology, 62*(4), 459-480.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20243>
- Macaulay, C. B., & Angus, L. (2019). The narrative-emotion process model: An integrative approach to working with complex posttraumatic stress. *Journal of Psychotherapy Integration, 29*(1), 42. <https://doi.org/10.1037/int0000118>
- McAdams, D. P. (2019). “First we invented stories, then they changed us”: The evolution of narrative identity. *Evolutionary Studies in Imaginative Culture, 3*(1), 1-18.
<https://doi.org/10.26613/esic.3.1.110>
- McAdams, D. P., & McLean, K. C. (2013). Narrative identity. *Current Directions in Psychological Science, 22*(3), 233-238. <https://doi.org/10.1177/0963721413475622>
- McLean, K. C. (2008). The emergence of narrative identity. *Social and Personality Psychology Compass, 2*(4), 1685-1702. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00124.x>
- McLean, K. C., & Breen, A. V. (2009). Processes and content of narrative identity development in adolescence: Gender and well-being. *Developmental Psychology, 45*(3), 702–710. <https://doi.org/10.1037/a0015207>
- McLeod, J. (2004). The Significance of Narrative and Storytelling in Postpsychological Counseling and Psychotherapy. In A. Lieblich, D. P. McAdams, & R. Josselson (Eds.), *Healing plots: The narrative basis of psychotherapy* (pp. 11–27). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10682-001>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance. *Psychological Inquiry, 18*(3), 139-156.
<https://doi.org/10.1080/10478400701512646>
- Muscattello, C. F., & Scudellari, P. (2000). Anger and narcissism: Between the void of being and the hunger for having. *Psychopathology, 33*(4), 227-232.
<https://doi.org/10.1159/000029148>

- Nelson, K. (1999). Event representations, narrative development and internal working models. *Attachment & Human Development*, 1(3), 239-252.
<https://doi.org/10.1080/14616739900134131>
- Ng, F. Y., Townsend, M. L., Miller, C. E., Jewell, M., & Grenyer, B. F. (2019). The lived experience of recovery in borderline personality disorder: A qualitative study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0107-2>
- Normann-Eide, E., Antonsen, B. R. T., Kvarstein, E. H., Pedersen, G., Vaskinn, A., & Wilberg, T. (2020). Are impairments in theory of mind specific to borderline personality disorder?. *Journal of Personality Disorders*, 34(6), 827-841.
https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_417
- Paivio, S. C., & Angus, L. E. (2017). Principles of intervention with narrative-emotion processes. In S. C. Paivio & L. E. Angus, *Narrative processes in emotion-focused therapy for trauma* (pp. 97–121). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000041-007>
- Pascual-Leone, A. (2009). Dynamic emotional processing in experiential therapy: Two steps forward, one step back. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 113.
<https://doi.org/10.1037/a0014488>
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why" the only way out is through.". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.875>
- Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, J. (2009). Developments in task analysis: New methods to study change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 527-542.
<https://doi.org/10.1080/10503300902897797>
- Powers, A., & Casey, B. J. (2015). The adolescent brain and the emergence and peak of psychopathology. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14(1), 3-15.
<https://doi.org/10.1080/15289168.2015.1004889>

- Reese, E., Myftari, E., McAnally, H. M., Chen, Y., Neha, T., Wang, Q., ... & Robertson, S. J. (2017). Telling the tale and living well: Adolescent narrative identity, personality traits, and well-being across cultures. *Child Development*, 88(2), 612-628.
<https://doi.org/10.1111/cdev.12618>
- Rennie, D. L. (1994). Storytelling in psychotherapy: The client's subjective experience. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(2), 234.
<https://doi.org/10.1037/h0090224>
- Richert, A. J. (2006). Narrative psychology and psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(1), 84. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.16.1.84>
- Sajjadi, S. F., Gross, J., Sellbom, M., & Hayne, H. (2022). Narrative identity in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(1), 12.
<https://doi.org/10.1037/per0000476>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(5-6), 39.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719460/>
- Schank, R. C. (1995). *Tell me a story: Narrative and intelligence*. Northwestern University Press.
https://books.google.ch/books?hl=it&lr=&id=3fah9UGzVJ8C&oi=fnd&pg=PR9&dq=Schank+tell+me+a+story&ots=zbAUIdzx5&sig=cN-itMwNfrxe_T5zq5dzJ_jmehg&redir_esc=y#v=onepage&q=Schank%20tell%20me%20a%20story&f=false
- Schiepek, G., & Pincus, D. (2023). Complexity science: A framework for psychotherapy integration. *Counselling and Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1002/capr.12641>
- Shiner, R. L., Klimstra, T. A., Denissen, J. J., & See, A. Y. (2021). The development of narrative identity and the emergence of personality disorders in adolescence. *Current Opinion in Psychology*, 37, 49-53. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.07.024>

- Singer, J. A., Blagov, P., Berry, M., & Oost, K. M. (2013). Self-defining memories, scripts, and the life story: Narrative identity in personality and psychotherapy. *Journal of Personality, 81*(6), 569-582. <https://doi.org/10.1111/jopy.12005>
- Stern, D. N. (1989). Developmental prerequisites for the sense of a narrated self. In A. M. Cooper, O. F. Kernberg, & E. S. Person (Eds.), *Psychoanalysis: Toward the second century* (pp. 168–178). Yale University Press. <https://psycnet.apa.org/record/1990-97082-009>
- Veysey, S. (2014). People with a borderline personality disorder diagnosis describe discriminatory experiences. *Kotuitui: New Zealand Journal of Social Sciences Online, 9*(1), 20-35. <https://doi.org/10.1080/1177083X.2013.871303>
- Vromans, L. P., & Schweitzer, R. D. (2011). Narrative therapy for adults with major depressive disorder: Improved symptom and interpersonal outcomes. *Psychotherapy Research, 21*(1), 4-15 <https://doi.org/10.1080/10503301003591792>
- Weinberg, L. (1991). Infant development and the sense of self: Stern vs. Mahler. *Clinical Social Work Journal, 19*(1), 9-22. <https://doi.org/10.1007/BF00759113>
- Willems, R. M., Nastase, S. A., & Milivojevic, B. (2020). Narratives for neuroscience. *Trends in Neurosciences, 43*(5), 271-273. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2020.03.003>
- Yalom, I. D. (2014). *Momma And The Meaning Of Life: Tales From Psychotherapy*. Basic Books. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/momma-meaning-life-tales-psychotherapy/docview/1295885099/se-2>
- Young, K., & Saver, J. L. (2001). The neurology of narrative. *SubStance, 30*(1), 72-84. <https://doi.org/10.1353/sub.2001.0020>.

7 Annexe A. Tableaux Excel et syntaxe R

Chi carré pour H1 (R studio)

```
> CSqcodestage <- chisq.test(basedati$Code, basedati$Stage,
+ correct=FALSE)
> CSqcodestage ; CSqcodestage$observed ; CSqcodestage$expected
```

Pearson's Chi-squared test

data: basedati\$Code and basedati\$Stage
X-squared = 74.494, df = 6, p-value = 4.878e-14

		basedati\$Stage		
basedati\$Code	1	2	3	
0	38	19	20	
1	169	135	83	
2	65	89	137	
3	1	6	13	

		basedati\$Stage		
basedati\$Code	1	2	3	
0	27.123871	24.739355	25.136774	
1	136.323871	124.339355	126.336774	
2	102.507097	93.495484	94.997419	
3	7.045161	6.425806	6.529032	

Total Observations in Table: 775

		basedati\$Stage			
basedati\$Code	1	2	3	Row Total	
0	38	19	20	77	
	4.361	1.331	1.050		
	0.494	0.247	0.260		0.099
	0.139	0.076	0.079		
	0.049	0.025	0.026		
1	169	135	83	387	
	7.832	0.914	14.866		
	0.437	0.349	0.214		0.499
	0.619	0.542	0.328		
	0.218	0.174	0.107		
2	65	89	137	291	
	13.724	0.216	18.571		
	0.223	0.306	0.471		0.375
	0.238	0.357	0.542		
	0.084	0.115	0.177		
3	1	6	13	20	
	5.187	0.028	6.413		
	0.050	0.300	0.650		0.026
	0.004	0.024	0.051		
	0.001	0.008	0.017		
Column Total	273	249	253	775	
	0.352	0.321	0.326		

```
> CSqCodeOutcome <- chisq.test(basedati$Code, basedati$Outcome,
+ correct=FALSE)
> CSqCodeOutcome ; CSqCodeOutcome$observed ; CSqCodeOutcome$expected
```

Pearson's Chi-squared test

data: basedati\$Code and basedati\$Outcome
X-squared = 75.087, df = 3, p-value = 3.471e-16

		basedati\$Outcome	
basedati\$Code	0	1	
0	27	50	
1	253	134	
2	116	175	
3	0	20	

		basedati\$Outcome	
basedati\$Code	0	1	
0	39.34452	37.655484	
1	197.74452	189.255484	
2	148.69161	142.308387	
3	10.21935	9.780645	

Total Observations in Table: 775

		basedati\$Outcome		
basedati\$Code	0	1	Row Total	
0	27	50	77	
	3.873	4.047		
	0.351	0.649		0.099
	0.068	0.132		
	0.035	0.065		
1	253	134	387	
	15.440	16.133		
	0.654	0.346		0.499
	0.639	0.354		
	0.326	0.173		
2	116	175	291	
	7.188	7.510		
	0.399	0.601		0.375
	0.293	0.462		
	0.150	0.226		
3	0	20	20	
	10.219	10.678		
	0.000	1.000		0.026
	0.000	0.053		
	0.000	0.026		
Column Total	396	379	775	
	0.511	0.489		

Total Observations in Table: 379

```

> CSqcodestagerecov <- chisq.test(basedatirecovered$Code, basedatirecovered$Stage,
+ correct=FALSE)
> CSqcodestagerecov ; CSqcodestagerecov$observed ; CSqcodestagerecov$expected

Pearson's Chi-squared test

data: basedatirecovered$Code and basedatirecovered$Stage
X-squared = 68.388, df = 6, p-value = 8.749e-13

      basedatirecovered$Stage
basedatirecovered$Code 1 2 3
0 29 10 11
  1 71 45 18
  2 38 55 82
  3  1  6 13

      basedatirecovered$Stage
basedatirecovered$Code 1 2 3
0 18.337731 15.303430 16.358839
  1 49.145119 41.013193 43.841689
  2 64.182058 53.562005 57.255937
  3  7.335092  6.121372  6.543536
    
```

basedatirecovered\$Code	basedatirecovered\$Stage			Row Total
	1	2	3	
0	29	10	11	50
	6.199	1.838	1.755	
	0.580	0.200	0.220	0.132
	0.209	0.086	0.089	
	0.077	0.026	0.029	
1	71	45	18	134
	9.719	0.388	15.232	
	0.530	0.336	0.134	0.354
	0.511	0.388	0.145	
	0.187	0.119	0.047	
2	38	55	82	175
	10.681	0.039	10.694	
	0.217	0.314	0.469	0.462
	0.273	0.474	0.661	
	0.100	0.145	0.216	
3	1	6	13	20
	5.471	0.002	6.371	
	0.050	0.300	0.650	0.053
	0.007	0.052	0.105	
	0.003	0.016	0.034	
Column Total	139	116	124	379
	0.367	0.306	0.327	

Total Observations in Table: 396

```

> CSqCodestageunchang <- chisq.test(basedatiunchang$Code, basedatiunchang$Stage,
+ correct=FALSE)
> CSqCodestageunchang ; CSqCodestageunchang$observed ; CSqCodestageunchang$expected

Pearson's Chi-squared test

data: basedatiunchang$Code and basedatiunchang$Stage
X-squared = 18.074, df = 4, p-value = 0.001194

      basedatiunchang$Stage
basedatiunchang$Code 1 2 3
0 9 9 9
  1 98 90 65
  2 27 34 55

      basedatiunchang$Stage
basedatiunchang$Code 1 2 3
0 9.136364 9.068182 8.795455
  1 85.611111 84.972222 82.416667
  2 39.252525 38.959596 37.787879
    
```

basedatiunchang\$Code	basedatiunchang\$Stage			Row Total
	1	2	3	
0	9	9	9	27
	0.002	0.001	0.005	
	0.333	0.333	0.333	0.068
	0.067	0.068	0.070	
	0.023	0.023	0.023	
1	98	90	65	253
	1.793	0.297	3.681	
	0.387	0.356	0.257	0.639
	0.731	0.677	0.504	
	0.247	0.227	0.164	
2	27	34	55	116
	3.825	0.631	7.840	
	0.233	0.293	0.474	0.293
	0.201	0.256	0.426	
	0.068	0.086	0.139	
Column Total	134	133	129	396
	0.338	0.336	0.326	

Total Observations in Table: 273

datistageEarly\$Code	datistageEarly\$Outcome		Row Total
	0	1	
0	9	29	38
	4.995	4.815	
	0.237	0.763	0.139
	0.067	0.209	
	0.033	0.106	
1	98	71	169
	2.730	2.631	
	0.580	0.420	0.619
	0.731	0.511	
	0.359	0.260	
2	27	38	65
	0.754	0.727	
	0.415	0.585	0.238
	0.201	0.273	
	0.099	0.139	
3	0	1	1
	0.491	0.473	
	0.000	1.000	0.004
	0.000	0.007	
	0.000	0.004	
Column Total	134	139	273
	0.491	0.509	

```
> CSqEarlyOutcome ; CSqEarlyOutcome$observed ; CSqEarlyOutcome$expected
```

Pearson's Chi-squared test

```
data: datistageEarly$Code and datistageEarly$Outcome
X-squared = 17.616, df = 3, p-value = 0.0005278
```

```

      datistageEarly$Outcome
datistageEarly$Code 0 1
0 9 29
1 98 71
2 27 38
3 0 1
      datistageEarly$Outcome
datistageEarly$Code 0 1
0 18.6520147 19.3479853
1 82.9523810 86.0476190
2 31.9047619 33.0952381
3 0.4908425 0.5091575

```

```
>
```

Total Observations in Table: 249

datistageMid\$Code	datistageMid\$Outcome		Row Total
	0	1	
0	9	10	19
	0.130	0.149	
	0.474	0.526	0.076
	0.068	0.086	
	0.036	0.040	
1	90	45	135
	4.439	5.090	
	0.667	0.333	0.542
	0.677	0.388	
	0.361	0.181	
2	34	55	89
	3.855	4.420	
	0.382	0.618	0.357
	0.256	0.474	
	0.137	0.221	
3	0	6	6
	3.205	3.674	
	0.000	1.000	0.024
	0.000	0.052	
	0.000	0.024	
Column Total	133	116	249
	0.534	0.466	

```
> CSqMidOutcome ; CSqMidOutcome$observed ; CSqMidOutcome$expected
```

Pearson's Chi-squared test

```
data: datistageMid$Code and datistageMid$Outcome
X-squared = 24.963, df = 3, p-value = 1.571e-05
```

```

      datistageMid$Outcome
datistageMid$Code 0 1
0 9 10
1 90 45
2 34 55
3 0 6
      datistageMid$Outcome
datistageMid$Code 0 1
0 10.148594 8.851406
1 72.108434 62.891566
2 47.538153 41.461847
3 3.204819 2.795181

```

```
> CSqLateOutcome <- chisq.test(datistageLate$Code, datistageLate$Outcome,
+ correct=FALSE)
> CSqLateOutcome ; CSqLateOutcome$observed ; CSqLateOutcome$expected

Pearson's Chi-squared test

data: datistageLate$Code and datistageLate$Outcome
X-squared = 45.054, df = 3, p-value = 9.01e-10

      datistageLate$Outcome
datistageLate$Code 0 1
0 9 11
1 65 18
2 55 82
3 0 13
      datistageLate$Outcome
datistageLate$Code 0 1
0 10.197628 9.802372
1 42.320158 40.679842
2 69.853755 67.146245
3 6.628458 6.371542
```

Total Observations in Table: 253

datistageLate\$Code	datistageLate\$Outcome		Row Total
	0	1	
0	9	11	20
	0.141	0.146	
	0.450	0.550	0.079
	0.070	0.089	
	0.036	0.043	
1	65	18	83
	12.154	12.644	
	0.783	0.217	0.328
	0.504	0.145	
	0.257	0.071	
2	55	82	137
	3.159	3.286	
	0.401	0.599	0.542
	0.426	0.661	
	0.217	0.324	
3	0	13	13
	6.628	6.896	
	0.000	1.000	0.051
	0.000	0.105	
	0.000	0.051	
Column Total	129	124	253
	0.510	0.490	

Chi carré pour H2 (R studio)

```
> donné_oscillations <- read_excel("~/Desktop/donné_oscillations.xlsx")
> View(donné_oscillations)
> library("gmodels", lib.loc="/Library/Frameworks/R.framework/Versions/3.5/Resources/library")
> Csqgroupeoscil <- chisq.test(donné_oscillations$Groupe, donné_oscillations$Oscillaz,
+ correct=FALSE)
> Csqgroupeoscil ; Csqgroupeoscil$observed ; Csqgroupeoscil$expected

Pearson's Chi-squared test

data: donné_oscillations$Groupe and donné_oscillations$Oscillaz
X-squared = 24.886, df = 1, p-value = 6.083e-07

      donné_oscillations$Oscillaz
donné_oscillations$Groupe Improd Prod
Ameliore 129 84
Nonamel 244 59
      donné_oscillations$Oscillaz
donné_oscillations$Groupe Improd Prod
Ameliore 153.9709 59.02907
Nonamel 219.0291 83.97093
```

> CrossTable(donné_oscillations\$Groupe, donné_oscillations\$Oscillaz)

Cell Contents

	Improd	Prod	Row Total
Ameliore	129	84	213
	4.950	10.563	
	0.606	0.394	0.413
	0.346	0.587	
	0.250	0.163	
Nonamel	244	59	303
	2.847	7.426	
	0.805	0.195	0.587
	0.654	0.413	
	0.473	0.114	
Column Total	373	143	516
	0.723	0.277	

Total Observations in Table: 516

```
> Csqseanceoscil <- chisq.test(donné_oscillations$Seance, donné_oscillations$Oscillaz,
+ correct=FALSE)
> Csqseanceoscil ; Csqseanceoscil$observed ; Csqseanceoscil$expected

Pearson's Chi-squared test

data: donné_oscillations$Seance and donné_oscillations$Oscillaz
X-squared = 24.581, df = 2, p-value = 4.595e-06

      donné_oscillations$Oscillaz
donné_oscillations$Seance Improd Prod
1 164 36
2 131 49
3 78 58
      donné_oscillations$Oscillaz
donné_oscillations$Seance Improd Prod
1 144.57364 55.42636
2 130.11628 49.88372
3 98.31008 37.68992
```

> CrossTable(donné_oscillations\$Seance, donné_oscillations\$Oscillaz)

Cell Contents

	Improd	Prod	Row Total
1	164	36	200
	2.610	6.809	
	0.820	0.180	0.388
	0.440	0.252	
	0.218	0.070	
2	131	49	180
	0.806	0.816	
	0.728	0.272	0.349
	0.351	0.343	
	0.254	0.095	
3	78	58	136
	4.106	10.945	
	0.574	0.426	0.264
	0.209	0.406	
	0.151	0.112	
Column Total	373	143	516
	0.723	0.277	

Total Observations in Table: 516

```
> CrossTable(ameliore_oscillaz$seance, ameliore_oscillaz$oscillaz)

Cell Contents
|-----|
|          N |
| Chi-square contribution |
|          N / Row Total |
|          N / Col Total |
|          N / Table Total |
|-----|

Total Observations in Table: 213

> CSqAmeliorexseance <- chisq.test(ameliore_oscillaz$seance, ameliore_oscillaz$oscillaz,
+ correct=FALSE)
> CSqAmeliorexseance ; CSqAmeliorexseance$observed ; CSqAmeliorexseance$expected
```

Pearson's Chi-squared test
 data: ameliore_oscillaz\$seance and ameliore_oscillaz\$oscillaz
 X-squared = 26.819, df = 2, p-value = 1.501e-06

```

    ameliore_oscillaz$oscillaz
ameliore_oscillaz$seance Improd Prod
1      69      20
2      44      31
3      16      33
    ameliore_oscillaz$oscillaz
ameliore_oscillaz$seance  Improd  Prod
1 53.90141 35.09859
2 45.42254 29.57746
3 29.67606 19.32394
```

```

    ameliore_oscillaz$oscillaz
ameliore_oscillaz$seance  Improd  Prod  Row Total
1      69      20      89
| 4.229 | 6.495 |
| 0.775 | 0.225 | 0.418
| 0.535 | 0.238 |
| 0.324 | 0.694 |
-----
2      44      31      75
| 0.045 | 0.068 |
| 0.587 | 0.413 | 0.352
| 0.341 | 0.369 |
| 0.207 | 0.146 |
-----
3      16      33      49
| 6.383 | 9.679 | 0.230
| 0.327 | 0.673 |
| 0.124 | 0.393 |
| 0.075 | 0.155 |
-----
Column Total 129 84 213
-----
```

```
> CSqNonamelxseance <- chisq.test(nonamel_oscillaz$seance, nonamel_oscillaz$oscillaz,
+ correct=FALSE)
> CSqNonamelxseance ; CSqNonamelxseance$observed ; CSqNonamelxseance$expected
```

Pearson's Chi-squared test
 data: nonamel_oscillaz\$seance and nonamel_oscillaz\$oscillaz
 X-squared = 6.9353, df = 2, p-value = 0.03119

```

    nonamel_oscillaz$oscillaz
nonamel_oscillaz$seance Improd Prod
1      95      16
2      87      18
3      62      25
    nonamel_oscillaz$oscillaz
nonamel_oscillaz$seance  Improd  Prod
1 89.38614 21.61386
2 84.55446 20.44554
3 70.05941 16.94059
```

```

    nonamel_oscillaz$oscillaz
nonamel_oscillaz$seance  Improd  Prod  Row Total
1      95      16      111
| 0.353 | 1.458 |
| 0.856 | 0.144 | 0.366
| 0.389 | 0.271 |
| 0.314 | 0.053 |
-----
2      87      18      105
| 0.071 | 0.293 |
| 0.829 | 0.171 | 0.347
| 0.357 | 0.305 |
| 0.287 | 0.059 |
-----
3      62      25      87
| 0.927 | 3.834 |
| 0.713 | 0.287 | 0.287
| 0.254 | 0.424 |
| 0.205 | 0.083 |
-----
Column Total 244 59 303
-----
```

```
> CSqEarlyoscill <- chisq.test(early_oscillaz$Groupe, early_oscillaz$oscillaz,
+ correct=FALSE)
> CSqEarlyoscill ; CSqEarlyoscill$observed ; CSqEarlyoscill$expected
```

Pearson's Chi-squared test
 data: early_oscillaz\$Groupe and early_oscillaz\$oscillaz
 X-squared = 2.1727, df = 1, p-value = 0.1405

```

    early_oscillaz$oscillaz
early_oscillaz$Groupe Improd Prod
Ameliore      69      20
Nonamel      95      16
    early_oscillaz$oscillaz
early_oscillaz$Groupe  Improd  Prod
Ameliore 72.98 16.02
Nonamel  91.02 19.98
```

```

    early_oscillaz$oscillaz
early_oscillaz$Groupe  Improd  Prod  Row Total
Ameliore      69      20      89
| 0.217 | 0.989 |
| 0.775 | 0.225 | 0.445
| 0.421 | 0.556 |
| 0.345 | 0.100 |
-----
Nonamel      95      16      111
| 0.174 | 0.793 |
| 0.856 | 0.144 | 0.555
| 0.579 | 0.444 |
| 0.475 | 0.080 |
-----
Column Total 164 36 200
-----
```


> CrossTable(mid_oscillaz\$Groupe, mid_oscillaz\$Oscillaz)

```

Cell Contents
|-----|
|          N |
| Chi-square contribution |
|          N / Row Total |
|          N / Col Total |
|          N / Table Total |
|-----|
    
```

Total Observations in Table: 180

```

> CSqMidoscill <- chisq.test(mid_oscillaz$Groupe, mid_oscillaz$Oscillaz,
+ correct=FALSE)
> CSqMidoscill ; CSqMidoscill$observed ; CSqMidoscill$expected
    
```

```

Pearson's Chi-squared test

data: mid_oscillaz$Groupe and mid_oscillaz$Oscillaz
X-squared = 12.922, df = 1, p-value = 0.0003247
    
```

```

          mid_oscillaz$Oscillaz
mid_oscillaz$Groupe Improd Prod
Ameliore      44      31
Nonamel       87      18
    
```

```

          mid_oscillaz$Oscillaz
mid_oscillaz$Groupe Improd  Prod
Ameliore 54.58333 20.41667
Nonamel  76.41667 28.58333
    
```

```

          | mid_oscillaz$Oscillaz
mid_oscillaz$Groupe | Improd | Prod | Row Total |
-----|-----|-----|-----|
Ameliore | 44 | 31 | 75 |
| 2.052 | 5.486 | |
| 0.587 | 0.413 | 0.417 |
| 0.336 | 0.633 | |
| 0.244 | 0.172 | |
-----|-----|-----|-----|
Nonamel | 87 | 18 | 105 |
| 1.466 | 3.919 | |
| 0.829 | 0.171 | 0.583 |
| 0.664 | 0.367 | |
| 0.483 | 0.100 | |
-----|-----|-----|-----|
Column Total | 131 | 49 | 180 |
| 0.728 | 0.272 | |
-----|-----|-----|-----|
    
```

> CrossTable(late_oscillaz\$Groupe, late_oscillaz\$Oscillaz)

```

Cell Contents
|-----|
|          N |
| Chi-square contribution |
|          N / Row Total |
|          N / Col Total |
|          N / Table Total |
|-----|
    
```

Total Observations in Table: 136

```

> CSqLateoscill <- chisq.test(late_oscillaz$Groupe, late_oscillaz$Oscillaz,
+ correct=FALSE)
> CSqLateoscill ; CSqLateoscill$observed ; CSqLateoscill$expected
    
```

```

Pearson's Chi-squared test

data: late_oscillaz$Groupe and late_oscillaz$Oscillaz
X-squared = 19.106, df = 1, p-value = 1.237e-05
    
```

```

          late_oscillaz$Oscillaz
late_oscillaz$Groupe Improd Prod
Ameliore      16      33
Nonamel       62      25
    
```

```

          late_oscillaz$Oscillaz
late_oscillaz$Groupe Improd  Prod
Ameliore 28.10294 20.89706
Nonamel  49.89706 37.10294
    
```

```

          | late_oscillaz$Oscillaz
late_oscillaz$Groupe | Improd | Prod | Row Total |
-----|-----|-----|-----|
Ameliore | 16 | 33 | 49 |
| 5.212 | 7.010 | |
| 0.327 | 0.673 | 0.360 |
| 0.205 | 0.569 | |
| 0.118 | 0.243 | |
-----|-----|-----|-----|
Nonamel | 62 | 25 | 87 |
| 2.936 | 3.948 | |
| 0.713 | 0.287 | 0.640 |
| 0.795 | 0.431 | |
| 0.456 | 0.184 | |
-----|-----|-----|-----|
Column Total | 78 | 58 | 136 |
| 0.574 | 0.426 | |
-----|-----|-----|-----|
    
```

Accord inter-juges (Excel et Jamovi)

ID	ICC
EarlySession_3235	0.762
EarlySession_3274	0.848
EarlySession_3291	0.900
EarlySession_3307	0.996
EarlySession_3315	0.866
EarlySession_3324	0.964
EarlySession_3331	0.900
EarlySession_3334	0.385
EarlySession_3348	0.989
EarlySession_3395	0.890
EarlySession_3604	0.921
EarlySession_3619	0.971
EarlySession_3261	0.963
EarlySession_3245	0.959
Mid-TSession_3247	0.632
Mid-TSession_3237	0.991
Mid-TSession_3259	0.822
Mid-TSession_3267	0.953
Mid-TSession_3286	0.834
Mid-TSession_3289	0.888
Mid-TSession_3306	0.856
Mid-TSession_3307	0.875
Mid-TSession_3324	0.986
Mid-TSession_3348	0.780
Mid-TSession_3356	0.956
Mid-TSession_3369	0.917
Mid-TSession_3380	0.974
Mid-TSession_3603	0.929
Mid-TSession_3617	0.767
LateSession_3232	0.960
LateSession_3239	0.959
LateSession_3242	0.771
LateSession_3256	0.988
LateSession_3261	0.799
LateSession_3265	0.246
LateSession_3286	0.981
LateSession_3310	0.916
LateSession_3317	0.768
LateSession_3327	0.986
LateSession_3352	0.956
LateSession_3380	0.977
LateSession_3395	0.922
LateSession_3398	0.883
LateSession_3620	0.986
LateSession_3364	0.483

Résultats

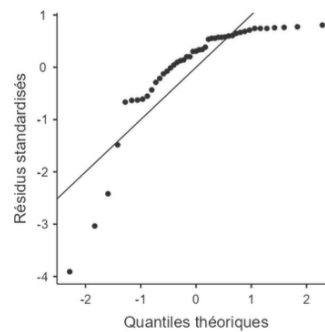
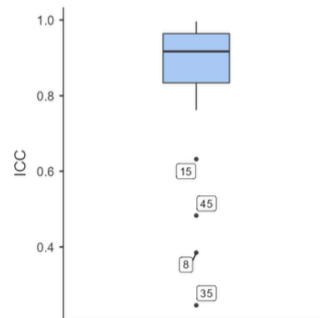
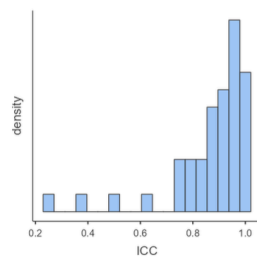
Statistiques descriptives

Statistiques descriptives		icc
N		45
Manquants		0
Moyenne		0.868
Moyenne de l'erreur-standard		0.0237
Moyenne des IC à 95% limite inférieure		0.820
Moyenne des IC à 95% limite supérieure		0.916
Médiane		0.917
Mode		0.986
Somme		39.1
Ecart-type		0.159
Variance		0.0253
Minimum		0.246
Maximum		0.996
W de Shapiro-Wilk		0.716
Valeur p de Shapiro-Wilk		< .001

Note: The CI of the mean assumes sample means follow a t-distribution with N - 1 degrees of freedom

Graphes

icc



8 Annexe B. Instruments de mesure

Outcome Questionnaire (OQ-45.2 ; Lambert et al., 2004, traduit par Emond & al., 2004)

MESURE D'IMPACT (OQ®-45.2)

Directives: Essayez de nous indiquer comment vous vous êtes senti(e) au cours des sept (7) derniers jours, y compris aujourd'hui. Lisez chaque énoncé attentivement et encerclez le numéro qui se situe sous la catégorie qui décrit le mieux votre situation actuelle. Dans ce questionnaire, le travail est défini en tant qu'emploi, études travail ménager, travail bénévole, etc.

Age: _____

No. d'identification: _____ M F

No. de session:	Date: / /	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Presque toujours	SD	IR	SR
1.	Je m'entend bien avec mon entourage.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
2.	Je me fatigue rapidement.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
3.	J Rien ne m'intéresse.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
4.	Je me sens stressé(e) au travail ou à l'école.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
5.	J'ai tendance à me blâmer.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
6.	Je me sens irritabile.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
7.	Je me sens malheureux(se) dans ma relation amoureuse.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
8.	J'ai des pensées suicidaires.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
9.	Je me sens faible.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
10.	Je me sens craintif(ive).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
11.	Après avoir bu beaucoup, j'ai besoin d'un verre de boisson le lendemain matin pour commencer ma journée (si vous ne consommez pas d'alcool, indiquez "jamais").	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
12.	Je trouve mon travail ou l'école satisfaisant(e).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
13.	Je suis une personne heureuse.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
14.	Je travaille ou j'étudie trop.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
15.	Je me sens inutile.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
16.	Je suis préoccupé(e) par des problèmes familiaux.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
17.	Ma vie sexuelle n'est pas satisfaisante.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
18.	Je me sens seul(e).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
19.	Je me dispute souvent.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
20.	Je me sens aimé(e) et apprécié(e).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
21.	J'aime mon temps libre.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
22.	J'ai de la difficulté à me concentrer.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
23.	J'ai perdu espoir en l'avenir.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
24.	Je m'aime.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
25.	Des pensées troublantes dont je ne peux pas me débarrasser me viennent à l'esprit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
26.	Je suis contrarié(e) lorsque les gens critiquent ma consommation d'alcool ou de drogues (indiquez "jamais" si cet énoncé ne s'applique pas).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
27.	J'ai des troubles de digestion.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
28.	Je ne travaille ou je n'étudie pas aussi bien qu'auparavant.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
29.	Mon cœur bat trop fort.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
30.	J'ai de la difficulté à bien m'entendre avec des ami(e)s et des connaissances proches.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
31.	Je suis satisfait(e) de ma vie.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
32.	J'ai de la difficulté au travail ou à l'école à cause de ma consommation d'alcool ou de drogues (indiquez "jamais" si cet énoncé ne s'applique pas).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
33.	J'ai le sentiment que quelque chose de mauvais va se produire.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
34.	Mes muscles sont endoloris.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
35.	J'ai peur des grands espaces, de conduire, ou d'être dans un autobus, un métro, etc.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
36.	Je me sens nerveux(se).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
37.	Mes relations avec mes proches sont pleinement satisfaisantes.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
38.	Je sens que je ne réussis pas bien au travail ou à l'école.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
39.	J'ai trop de désaccords au travail ou à l'école.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
40.	Je sens que quelque chose ne marche pas bien dans mon esprit (dans ma tête).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
41.	J'ai de la difficulté à m'endormir ou à rester endormi(e).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
42.	Je me sens déprimé(e) (triste).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
43.	Je suis satisfait(e) de mes relations avec les autres.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
44.	Je me sens suffisamment fâché(e) au travail ou à l'école pour faire quelque chose que je pourrais regretter.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
45.	J'ai des maux de tête.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
							+	+	
							Total=		

Developed by Michael J. Lambert, Ph.D. and Gary M. Burlingame, Ph.D. For More Information Contact: AMERICAN PROFESSIONAL CREDENTIALING SERVICES LLC
 © Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC. WHITE: POB 508, East Setauket, NY 11733-0508
 All Rights Reserved. License Required For All Uses. E-MAIL: apcs@apfamily.com WEB: www.OPFAMILY.COM
 Official & Certified Translation 010900 By: Dr. Tim Aubrey, École de psychologie, Université d'Ottawa TOLL FREE: 1-888-AH-SCORE FAX/VOICE: 631-751-6869

Manuel NEPCS 2.0 (Angus Narrative-Emotion Process Lab, 2017)

Marker	Indicators	Examples
Description		
Same Old Story		
Client's story involves over-general descriptions of interpersonal, behavioural, or thought patterns or emotional states, accompanied by a sense of stuckness.	<p>Linguistic indicators: always, never, no matter what, here we go again.</p> <p>Low personal agency</p> <ul style="list-style-type: none"> Client may express helplessness, powerlessness, hopelessness, or resignation. Client may view problematic patterns as maintained by forces outside of the self. <p>Generic ABM, or combination specific/generic ABM</p> <ul style="list-style-type: none"> Generic ABM – Personal recollections that represent a blend of many similar events repeated over a long period of time. This includes memory descriptions of non-specific events that lack discrete connection to a particular moment in time (in contrast with a single-event memory that is specific and focused on a particular incident). Generic ABMs blend unique events into an amalgam or schematic representation that is meant to capture key commonalities that link the events together. Combined Specific/Generic ABM – Represents a narrative sequence in which a specific incident or life event is contextualized within an overall life theme or pattern of life events. In this category, the specific event is used as a best exemplar of an important life theme; the meanings attached to the single event are generalized to other contexts and time periods in the person's life. <p>Emotion is global, non-specific (secondary emotion)</p> <ul style="list-style-type: none"> An emotional response to another emotion (e.g. one emotion interrupts another emotion) Does not fit the person's appraisal of the situation 	<p>C: ...getting all the negative message like never getting any encouragement...it's almost like [my husband's]...point of view is the only right one...and everybody has to follow it, like there's nothing outside of that...it's just like whichever way I turn, you know no matter what...it's never the right thing and he just doesn't want to be around me.</p> <p>***</p> <p>C: Well all I can really say is that I remember the statement that she made at the time, but I guess at the time I didn't really, you know, didn't really click in, or pay much attention to it, other than that she made the statement that I guess she was number one, and everything else took second place.</p> <p>T: And, somewhere along the way there I guess you've come to realize, that's who she is.</p> <p>C: Yeah. She was never concerned about me. She was concerned about herself.</p> <p>T: Like there's no two-way in this relationship, it feels like it's all about her.</p> <p>C: It's all the one way, yup. Behave, be good, don't give me any trouble or cause me any misery, or cause me any discomfort.</p> <p>T: She's still like that</p> <p>C: Oh, yeah. Mhmm. Yup.</p>
Empty Story		
Client's narrative entails the description and elaboration of external events or information, accompanied by a lack of reflexivity and absent or low expressed emotional arousal (i.e., client either does not express emotions, or acknowledges emotions but there is little arousal in voice or body).	<p>A focus on event details.</p> <ul style="list-style-type: none"> Attention is focused almost exclusively on external events (e.g., "what happened"). This may include factual autobiographical memories about the self (i.e., an account based on factual information). <p>Lack of self focus in the recounting of the narrative event</p> <ul style="list-style-type: none"> The client tells a story, describes other people or events in which s/he is not involved, or presents a generalized or detached account of ideas. Refers in passing to him/herself but his/her references do not establish his/her involvement. First person pronouns only define the client as object, spectator, or incidental participant. The client treats himself/herself as an object or instrument or in so remote a way that the story could be about someone else. 	<p>C: ...[my kids] don't particularly want to go anywhere with me...the only way I can get them to spend any time is if I offer to take them out for a very expensive dinner.</p> <p>T: So this must be very painful, you're still wanting that kind of connection with them. You haven't given up on that, it keeps hurting.</p> <p>C: We haven't taken a holiday in three years...they're involved with their friends to an extreme...</p> <p>T: ...I have a sense that there's a lot of pain underneath what you are telling me.</p> <p>C: Oh yeah...well, of course – that goes without saying.</p>

The significance (meaning) of story is unclear to the listener

- Significance of the disclosure of story at that moment in therapy unclear, and/or meaning of story to client is unclear. The content is such that the speaker is identified with it in some way but the association is not made clear.

External voice

- The external voice has a pre-monitored quality (e.g., “talking at” quality) involving may indicate a more rehearsed conceptual style of processing and a lack of spontaneity and may suggest that content is not freshly experienced.
- The client’s manner of expression is remote, matter of fact, or offhand as in superficial social chit-chat, or has a mechanical quality.

C: *And I wasn't upset or anything, I just packed up my stuff; she told me to pack up my stuff it was nothing really personal she still gave me a recommendation. It was just the fact that, in their view, I had “acted too quickly” on a potential client. I already had sent a credit check, which is my function, but the client was not yet confirmed. In my view it was confirmed and so I went ahead. And that’s what attributed to them letting me go. Plus the work, I was done by 10 and had nothing to do for the rest of the day. So that’s why they let me go. And I wasn’t really heartbroken about it but I had actually just purchased a TV, that’s when it happened. And I’d bought it like 3 or 4 days before. I asked the guy when I bought it, “if something happens, can I return it?” He basically told me it was final sale. Unless it’s a warranty issue. And, um, I actually. I don’t think I even took it out of the box. I went home, I took it back, and the guy who sold it to me was like, ‘I thought I said no returns.’” So I said, “I lost my job.” And then he took it back.*

Unstoried

Emotion

Client verbally or non-verbally expresses undifferentiated emotional states that are unacknowledged, disconnected or not integrated within the narrative (i.e., emotional response is not referred to or elaborated in the plot).

Dysregulated emotion (i.e., extremely intense emotional arousal apparent in both the voice and the body of the client).

- Usual speech patterns are extremely disrupted by emotional overflow, as indicated by changes in accentuation patterns, unevenness of pace, changes in pitch, and volume or force of voice.
- Emotional expression is completely spontaneous and unrestricted.
- Emotional arousal appears to be an uncontrollable and disruptive negative experience in which the client feels like s/he are falling apart.

Emotional Overflow – not dysregulated, but powerful and relatively unexplored or disconnected from narrative.

Dissociative emotion.

- Silence and pausing; clients appear to face obstructions in their process of self-exploration, by attempting to disengage by avoiding and/or withdrawing from emotion.
- Therapy discourse markers may include discussion of difficult emotion, pauses followed by a response that indicates that client had stopped processing to the same depth as before the pause, pauses followed by jokes, or summarizing, dismissing, or distracting responses.

T: *So it’s hard to keep the lid completely shut and it keeps peeking out.*

C: *yeah I find it’s...affected my...stomach...you know how you get that tightness and you always feel like...sort of slightly nauseous all the time...like everything you eat kind of sits there...*

T: *What’s bad about that? It’s like he’s judging me, or...?*

C: *Um, I think he sees, um, I don’t know. It feels like all the times that I did well, it’s...[tears up]. Sorry [smiles], sorry, [reaches for Kleenex]. Um...[smiles, crying, covers her face].*

T: *What’s happening right now?*

C: [silent, crying]. *It’s like, now he sees the real me.*

T: *I see. Now he sees the real me.*

C: [client looks down at thought record, writing].

T: *And those tears are tears of? I mean I think they’re important, they’re telling you*

No discernable cause of affect

- Inability to identify a specific cause or starting point that explains the onset of the emotional response
- Client demonstrates little or no understanding of what the emotional state means to him/her
- No relational or situational context identified

something...

C: [continues staring down at clipboard, fidgeting with pen, silent :10 seconds].

T: *I feel...sad? Or mad? Or...*

C: [crying again]. *Sorry, I'm really sorry.*

Somatic complaints

- Client identifies points of tension in the body
- Client describes pain or other bodily discomfort

C: *...and I just feel like my mind is going a million miles an hour, with...same old kind of stuff.*

T: *Ok, well, so...in particular, what sort of stuff?*

C: [starts to cry, shaking her head. :20 silence]. *Um, uh, it's all kind of one big ball.*

T: *Ok.*

C: *I just, um, I don't know. [more silence, crying]. It's just, I'm just, it's just a never ending...I don't know, it's just kind of a big ball.*

Physical Indicators

- Change in body posture (e.g. rigid), eye contact (e.g. diminished), vocal tone (e.g. quivering or raised voice), gestures (e.g. placing hand on chest), bodily movements (e.g. hand wringing, restless legs)

Superficial

Story

Client's emotional state and narrative expression are presented in a generalized, vague or incoherent manner. The client may talk about his or her own feelings or self-relevant ideas in a coherent manner, but with little or no evidence of exploration or discovery.

Narrative incoherence.

- Story holds together loosely or is scattered. The client may talk his or her own feelings or self-relevant ideas, but in a skipping or jumping manner.
- The client presents multiple trains of thought, stories or talking points within rapid succession that remain incomplete.
- Connection between ideas may be unclear to therapist.

C: *And then, the moment...sometimes with certain things I just can't help myself. Without having to think of myself, it's always great when this happens, it's always down to the point. I can't think of any examples. But when it happens, all of a sudden they are just like, wow. Because of all of a sudden they just get it back.*

Emotion is depersonalized .

- The client may exhibit high or low emotional arousal; however, if the client is emotionally aroused, it is evident from his/her manner, not from his/her words.
- If the client mentions his/her feelings, he/she treats them abstractly, impersonally, as objects.
- The client uses third person pronouns (e.g., "one feels...")
- Client appears to be removed and distant from emotional impact of narrative.

Lack of self-focus.

- May include biographical information about others, or descriptions or explanations.
- (imagination/fantasy/projection) of others' thoughts, feelings, or behaviours
- If focused on other, little discussion of self-related thoughts, feelings and behaviours

Hypothetical scenarios, conjecture.

Unclear referents (e.g., "it" "that" "this").

Reflective

Story

<p>Client's narrative includes a coherent analysis of or reflection on an ABM, or on a behavioural, cognitive, emotional, or interpersonal pattern. Often explanatory in nature, the client may provide a "why" or "how" for the emergence of significant events or patterns, or may discuss why something matters. The client appears engaged in this process, but with limited evidence of present-centered exploration, searching, or discovery.</p>	<p>May be an introduction and setting the scene for further analysis or exploration.</p> <p>Can range from no/low emotional arousal to moderate –high arousal.</p> <p>Focus on self.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Narrative is told from a personal perspective and includes the details of the clients feelings, reactions, motives, goals and assumptions. <p>Client provides description of feelings as they occur in a range of situations, or relate reactions to self-image.</p> <p>Abstract terms or jargon are expanded and elaborated with some internal detail.</p> <p>Reporting internal experience not arising from present centered exploration.</p>	<p>C: <i>It's just, it's shaped who I am.</i></p> <p>T: <i>How so? Can you say more about that?</i></p> <p>C: <i>I guess like the whole people pleasing thing. 'Cause I guess, I had to really watch my back with her, all the time. And like, this was my home. It was supposed to be where I felt safe.</i></p> <p>T: <i>Right. You sort of learned, "ok I can't really trust people."</i></p> <p>C: <i>And she was my parent. Or a parent figure. And I just feel like, you know, I've always had to watch my back, I was always—and I think, this is what is now this constant, like, trying to work out every eventuality, because she was so manipulative that I had to feel like I was one step ahead of her.</i></p> <p style="text-align: center;">***</p> <p>C: <i>With my boyfriend it's like we're equal. Completely equal. And with a few of my friends I feel equal, so I can be myself with them because we're equal.</i></p> <p>T: <i>Right, so you feel like you can be yourself in relationships where you're not inferior, or something.</i></p> <p>C: <i>Right, and I feel inferior when I'm with them, then I feel inferior in my work, and then I feel inferior in my life, you know what I mean? So, I think if I start to change the relationship I have with people it will change the relationship I have with my work, the relationship I have with myself.</i></p> <p>T: <i>It sounds like that's a really important connection to make, because you just said I feel inferior in my life if I don't sort of stand up for myself.</i></p> <p>C: <i>Yeah, because you're always constantly interacting with people, so...I guess my interaction with my friends has had a lot of impact on how...how I feel about myself, you know what I mean?</i></p>
---	--	--

Competing Plotlines		
<p>Client expresses or implies competing or opposing emotional responses, lines of thinking or behaviour or action tendencies in relation to a specific event or narrative context, accompanied by</p>	<p>Linguistic indicators (e.g., on the one hand, on the other hand; one part of me).</p> <p>Moderate expressed emotional arousal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arousal is moderate in voice and body. Ordinary speech patterns may be moderately disrupted by emotional overflow as represented by changes in accentuation patterns, unevenness of pace, changes in pitch. Although there is some freedom from control and restraints, arousal may still be somewhat restricted. 	<p>C: <i>...it's like, I have three healthy children, a house, we're not wealthy by any means but we're okay, um and I sort of go "oh"...why am I not...happier? I don't know.</i></p> <p>T: <i>...sounds almost like you're saying, "what's the matter with me? What's wrong with me?"</i></p> <p>C: <i>yes... "what more do I need?" um, "am I grateful?" It's funny because you start to feel that you should be grateful but you, you really can't</i></p>

confusion, curiosity, uncertainty, self-doubt, protest, anger or frustration (i.e., the client expresses feeling conflicted over the competition). Tension and incongruence are at the core of these two opposing emotional responses, ideas or behaviours.

Breach of client’s beliefs and assumptions about the world and/or the self, leading to a shattered sense of identity, purpose, and/or values.

- This may be reflected in questions such as, “How do I make sense of this?” “Why has this happened to me?”, “Why am I behaving/why do I feel this way?”, “Why do I feel two different ways?”

Both of the competing emotional responses or ideas do not need to be explicitly expressed by the client. One may be implied but recognized as “competing” in the broader context of the client’s previously-expressed tendencies, same-old-story, therapy goals, etc. (e.g., client can express wishes, state confusion about actions or feelings without articulating a direct desire for change).

feel grateful. Isn’t that awful? That’s horrible. It’s an awful feeling...

C: *And I think there’s also a fear, um, that because I’m an energizer bunny, that if I slow down a little, like...I won’t be as, um accomplished, you know, or people are going to notice, like “gosh, [name] is being lazy”*

T: *Yeah, so if I’m not on top of everything and doing everything then I’m going to be a “lazy slob”*

C: *Yeah. [Laughter]. Yes. And I don’t want people to think that, obviously.*

Inchoate Story

Client appears to focus attention inward in order to sort through, piece together, or make sense of an experience and search or struggle for the appropriate symbolization in language.

Narrative lacks clear beginning, middle, and end.

- Client is unable to clearly articulate the story; the telling of the story is disjointed. Both client and therapist may find it difficult to follow the story.
- Situational/relational context is only partially elaborated
- Client expresses confusion or uncertainty about the causes, factors, and/or details of the narrated event.
- Client describes a disjointed, unclear or hard to understand narrative.

Client may use metaphor to symbolize an experience.

Client engages in a present-centered exploration of patterns of feelings, behaviour, actions, reactions, etc., but appears to struggle to articulate something new.

Disjointed description of subjective experience (internal state) of protagonists and antagonists.

- Pausing and/or disrupted speech as client attempts to articulate internal experience.
 - Client struggles to symbolize novel or complex experience felt in that moment.

Client is silent because of an emotional experience or due to the process of moving into contact with an emotion.

C: *...and then for the rest of my life having no sense of self, or at least one that was really discombobulated in a way.*

T: *So it feels like he took your sense of self away.*

C: *Yeah, yeah [silence]. And I’m left...[silence]...because we moved, things seemed to be ok on the outside. But inside, there was...[pause, closes eyes, scrunches up face] a, like a [silence] black hole or a void, or a...not a ticking time bomb [makes fist like a bomb], but there was something that wasn’t there. [Silence]. Or actually there’s something that was there [uses other hand to clasp fist], that loathing, or just because...and then...and then, it just sort of, every time I became more sexually aware, it built up, and built up over the years...*

Story

A client narrative of what happened and how it felt; an experiential re-entry into an generic or specific autobiographical memory with reference to the associated internal experience and emotional reactions

An emotional differentiation of what happened.

- The therapist may facilitate re-entry into the landscape of action and emotion.
- Moderate to high emotional arousal.
- Client will discuss his/her emotions, but may also report what they saw, heard, smelled, etc. (i.e., sensory exploration).
- Client’s gestures, posture, or gaze may indicate review or re-enactment of the actions associated with the event.

Similar to Robert Elliott’s “memory reprocessing.”

C: *...and all I could think of was this poor thing, she’s been there all alone, she’s going to think I abandoned her...that’s all I could think of. It was really really awful.*

T: *I can imagine, she’s there all by herself, feeling so lonely.*

C: *In a place she hates to be...*

T: *So that must have been so hurtful and painful for you to almost feel like “I somehow abandoned her.”*

C: *That’s what it felt like.*

T: *Like, “I didn’t want to do that to her.”*

C: *This is the same [cat] my father tried to kill*

T: *Oh, so there was a lot of emotional attachment there...*

C: *...I just felt lost. I can remember going, I went and bought a bottle of wine because wine would put me put to sleep, a glass, and I tried that and it just did nothing. I might as well have ate a candy or something, and I was just wound. And I just went out and walked and walked and walked, even where it wasn’t safe and where it was dark, and it was like I was in a fog, and it was raining and raining, a thunderstorm and at night, and I got wound up, and I just had to walk it off, and it’s like I couldn’t. I was getting soaking wet but I didn’t care.*

Unexpected Outcome

Client narratives involving descriptions of “new” behaviours, emotional responses, and/or thought patterns, accompanied by expressions of surprise, excitement, contentment, pride, protest, and/or relief.

Linguistic indicators: new, different, comparisons between past and present.

Specific ABMs detailing new, adaptive actions, reactions, and/or emotions in the context of previously troubling events/scenarios.

Client identifies his/her own active role in the event

Primary emotion is present within the story (i.e., an individual’s very first automatic emotional response to a situation).

- Indications of primary emotion are that emotion has to be (a) experienced in the present, (b) in a mindfully aware manner, meaning that (c) the emotion has to be owned by the client who experiences him/herself as an agent rather than as a victim of the feeling and (d) the emotion is not overwhelming; (e) the emotional process has to be fluid rather than blocked; and (f) the emotion has to be on a therapeutically relevant

C: *...it was just really surprising and amazing like to see that you know, and to notice that...I just...took a completely different approach to uh answering the question and representing like what’s important to me...I was very pleased with myself.*

C: *It was like—my stomach was so bad that I was bent over, and I thought ‘I’m obviously anxious for some reason,’ but, as I was saying, instead of just sitting there wallowing in it I was like ‘ok, what can I do?’*

T: *Right, is that a change for you, in terms of—*

C: *Yes, ‘cause generally that is my comfort go-to place is to just sit and wallow in it, so to be able to sit and do the relaxation and kick [the anxiety] to*

theme.

the curb, it was a big change. I just keep thinking about what you said, you can't be anxious and relaxed at the same time. So I keep trying to relax myself, and do the muscle stuff, and--

T: Right, right. So what was that like, then?

C: Good, it felt really good. After, I felt like a different person, especially because my muscles were so tight that actually doing it helped relieve a lot of the stress, like unwinding them. I mean my anxiety was probably at like 90%, and then after I relaxed myself it was maybe like 20, 30.

**Discovery
Story**

Client
narratives in which a new account is constructed as a client describes his or her subjective experience, accompanied by a sense of discovery resulting in a reconceptualization, reorganization or new understanding of the self.

Moderate emotional arousal.

A general overview of an event or a description of a specific incident or event (past, present, or future; actual or imagined).

An experiential description of how one feels or felt during the specified event.

A Reflective or interpretive analysis of current, past, or future events and/or subjective experiences, in which the client:

- Examines own behaviour in situations/relationships.
- Plans future behaviour alternatives.
- Examines own thinking in situations.
- Explores own emotions in situations.
- Discusses new understanding of patterns in own. behaviour and/or that of others.
- Is self-questioning.

A reconceptualization of the Same Old Story.

An exploration or description of changed patterns (behavior, thought, emotion, interpersonal) or understandings, including some discovery of *how* the change occurred (i.e., indicating that the client has perspective on own change process).

C: I think that that...humiliation was the currency that my parents dealt in...when they where disciplining myself and my sisters... and I felt - I feel - very sad about that.

T: mm-hm...when you talk about it now...

C: Yeah because I feel like they criticized and nagged and were negative to the point where I chose no longer to be honest with them...and because we had such a limited discourse they really didn't know who the heck I was.

C: Just being able to unravel that ball of wool is huge. Because now, if I'm feeling anxious, I start to unravel why. And for me that's huge. Because then I have a reason. Do you know what I mean? Because then it's not like 'oh it's anxiety and I can't control it,' it's like "oh well I'm anxious because I'm going to this appointment and I don't want to see my ex-employers who I just sued." Do you know what I mean? [...] And it's giving it acceptance as well, like "you don't like any of those situations, you're having a bad day, and that's OK. You're not mad, it's anxiety but the situation is stress-provoking because [x, y, z reasons], and then being able to change it as well.

**No Client
Marker**

Segments in which there are no client markers present (e.g., where therapist is talking, "chit-chat", scheduling).

9 Annexe C. Exemple de calcul des oscillations

Superficial	-
Competing	Productive
Unexpected	Productive
Discovery	Productive
Discovery	-
Reflective	Productive
Reflective	-
Reflective	-
Inchoate	Productive
Reflective	Productive
Inchoate	Productive
Reflective	Productive
Same old story	Improductive
Reflective	Productive
Reflective	-
Reflective	-
Reflective	-
Same old story	Improductive
Reflective	Productive
Reflective	-
Reflective	-
Superficial	Improductive
Superficial	Improductive
Experiential	Productive
Competing	Productive
Superficial	Improductive
Reflective	Productive
Competing	Productive
Reflective	Productive
Empty	Improductive
Empty	Improductive
Empty	Improductive
Empty	Improductive
Empty	Improductive
Empty	Improductive
Empty	Improductive
Empty	Improductive
Empty	Improductive
Reflective	Productive
Reflective	-



Légende :

- : oscillation non marquée

Improductive : oscillation improductive

Productive : oscillation productive

10 Annexe D. Déclaration sur l'honneur

Je déclare sur mon honneur que j'ai accompli mon travail de Master seul et sans aide extérieure non autorisée.

Fribourg, le 9 mai 2023

Alessio Simonini

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alessio S', written in a cursive style.